

Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas
Departamento de Gestão de Políticas Públicas
Especialização em Orçamento e Políticas Públicas

BRUNO CARNEIRO SANTANA

Avaliação dos Investimentos em Equipamentos e Materiais Permanentes dos Fundos de
Saúde Pública: onze anos, duas portarias e alguns resultados.

BRASÍLIA,
2020

Professor Doutora Márcia Abrahão Moura
Reitor da Universidade de Brasília

Professor Doutor Eduardo Tadeu Vieira
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Professor Doutor Franco de Matos
Coordenador de Gestão de Políticas Públicas

BRUNO CARNEIRO SANTANA

Avaliação dos Investimentos em Equipamentos e Materiais Permanentes dos Fundos de Saúde Pública: onze anos, duas portarias e alguns resultados.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao programa de Especialização em Orçamento e Políticas Públicas da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do título de Especialista em Orçamento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. José Marilson Martins Dantas

BRASÍLIA,
2020

BRUNO CARNEIRO SANTANA

Avaliação dos Investimentos em Equipamentos e Materiais Permanentes dos Fundos de Saúde Pública: onze anos, duas portarias e alguns resultados.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao programa de Especialização em Orçamento e Políticas Públicas da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do título de Especialista em Orçamento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. José Marilson Martins Dantas

Brasília, ?? de??? de 20??.

Banca Examinadora

Prof. Dr. José Marilson Martins Dantas

Universidade de Brasília - UnB

Prof. Doutor ?????

Universidade de ??

SANTANA, Bruno Carneiro.

Avaliação dos Investimentos em Equipamentos e Materiais Permanentes dos Fundos de Saúde Pública: onze anos, duas portarias e alguns resultados. Bruno Carneiro Santana – Brasília, 2020. 54 p.

Orientador (a): Prof. Doutor José Marilson Martins Dantas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao programa de Especialização em Orçamento e Políticas Públicas – Universidade de Brasília, 2020

Bibliografia.

1. Introdução. 2. Arcabouço Teórico 3. Metodologia. 4. Análise e Interpretação do Estudo de Caso. 5. Considerações Finais. I. Política de Investimento em Saúde Pública no Brasil II. Orçamento Impositivo e Investimentos no SUS. III. Teto de Gastos e Investimentos no SUS IV. Transferências para Aquisição de Equipamento.

CDD – ???

A minha família, apoio e incentivo constantes. Vocês me ensinaram a ter garra e dedicação para vencer obstáculos e conquistar meus sonhos. Dedico-lhes esta obra, pois sem vocês nada teria sido possível...

AGRADECIMENTOS

Na construção de uma peça teatral, a presença de todos é imprescindível. Não existirá um cenário se não houver quem o construa. Por detrás dos bastidores, estão os grandes responsáveis pela realização da peça.

A Deus, provedor de todas as ações, sempre ao meu lado nas situações em que pensei que seria impossível seguir, mostrando-me que nunca será tarde para tentar de novo.

Aos professores da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília, que com competência transmitiram seus conhecimentos para que se tornasse possível a obtenção deste título.

Ao professor Doutor José Marilson Martins Dantas pela disponibilidade e vontade de me ajudar no roteiro e desenvolvimento deste trabalho e pelo acompanhamento e orientação durante a realização deste.

Aos meus pais e irmãos, principais protagonistas da história da minha vida, e responsáveis por tudo que tenho feito.

A minha parceira de todas as horas, Laisa Jaianne, companheira dedicada, sempre disposta a me ajudar nesta jornada.

A meu pequeno João Bruno, que ainda não consegue entender minhas faltas por dedicação aos estudos, mas em breve chegara seu entendimento.

Aos colegas do Fundo Nacional de Saúde, que facilitaram de diversas maneiras com que este processo se concretizasse.

A Universidade de Brasília, que proporcionou a oportunidade de aprender e aprimorar meus conhecimentos.

Enfim, a você leitor, principal objetivo deste trabalho... Boa leitura...

“Não espere pelo fim, viva a história.”

(BRUNO C. SANTANA)

Avaliação dos Investimentos em Equipamentos e Materiais Permanentes aos Fundos de Saúde Pública: onze anos, duas portarias e alguns resultados

RESUMO

Em onze anos avaliados nesse estudo, são analisados alguns normativos que regulamentaram os investimento em equipamentos e materiais permanentes a estados, municípios e Distrito Federal, através dos repasses fundo a fundo, e os possíveis impactos nos recursos para tal finalidade após vigorar as Emendas Constitucionais 86/2015 (Orçamento Impositivo), e 95/2016 (Teto de Gastos). O financiamento público da saúde brasileira, sempre se mostrou como um grande desafio para a gestão, o Sistema Único de Saúde, como uma solução complexa para enfrentar tantas questões tem demonstrado capacidade ampla no enfrentamento de diversas mazelas sociais desde sua criação pelos constituintes no dia 17 de maio de 1988, na 267^a Sessão da Assembleia Nacional Constituinte. Ser um sistema de saúde pública universal, num país com dimensões continentais como o Brasil, requer uma habilidade dinâmica de transformação e adaptação, que torna o SUS, além de imprescindível, determinante para as condições básicas da sociedade. Contudo, pensar, criar e determinar as diretrizes para o cuidado, prevenção de agravos, e promoção da saúde, não limita a esfera federal do SUS, representada pelo Ministério da Saúde, inserir em suas prioridades as questões do financiamento desse sistema, e nesse contexto as Transferências Voluntárias Fundo a Fundo despontaram em 2009, como solução imediata a uma demanda reprimida sob o aspecto de transferências de recursos, atendendo os princípios da descentralização e hierarquização, que além do tema da assistência, conseguiu alcançar o financiamento, dando autonomia aos entes federados, e respeitando as diferenças e limitações regionais. Entender que financiar não significa somente manter funcionando, ou custeando os serviços, mas também investir em estruturação das unidades, e na aquisição de equipamentos que modernize e qualifique os procedimentos, dando suporte as equipes multidisciplinares que prestam serviços nas Redes de Atenção à Saúde.

Palavras-Chave: Financiamento, Saúde Pública, Investimentos em Saúde, Equipamentos, Sistema Único de Saúde.

Evaluation of Financial Investments in Equipment and Permanent Materials for the Public Health Funds: eleven years, two ordinances and some of the results

SUMMARY

During the eleven year period evaluated by this study, we explored some of the regulations that guided the investments in equipment and permanent materials to the States, Municipalities and the Federal District, through the fund-to-fund transfers, and were also examined the possible impacts of the Constitutional Amendments 86/2015 (Imposition Budget) and 95 / 2016 (Top of Expenses), in the amount of resources directed to financing equipment through public health funds. The management of the public financing of Brazilian health system has always proved to be a major challenge. The Unified Health System, as a complex solution to address so many issues, has demonstrated broad capacity to cope with different social problems since its creation by the constituents on May, 17th, 1988, at the 267th session of the National Constituent Assembly. By being a universal public health system, in a country with continental dimensions such as Brazil, it requires a dynamic capacity to transform, change and adapt, which makes the SUS, in addition to being essential, being also determinant for supplying society with some of its basic conditions. However, to think, to create and to determine guidelines for health care, disease prevention, and health promotion isn't limited to the federal sphere of SUS, represented by the Ministry of Health. Treating the system's financing issues as a priority and, in this context, Voluntary Fund-to-Fund Transfers emerged in 2009 as an immediate solution to a pent-up demand for resources financial transfers, taking into account the principles of decentralization and hierarchization. In regards, due to the topic of assistance, but also the scope of financing, giving autonomy to the federated entities, and respecting regional differences and limitations. Understanding that financing does not only mean keeping it functional or paying for services, but also investing in structuring the health care units and the acquisition of equipment in order to modernize and qualify the procedures, supporting the multidisciplinary teams that provide health services in the Health Care Networks.

Keywords: Financing, Public Health Care, Health Care Investments, Equipment, Unified Health System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de mérito para propostas Incremento MAC/PAB e portarias para execução das Emendas Parlamentares no Ministério da Saúde.....	49
--	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Série histórica investimentos FAF 2009 a 2019.....	38
Gráfico 2. Quantidade propostas X valor repassado / Tipo objeto FAF 2009 a 2019.....	38
Gráfico 3. Distribuição por UF – Valor repassado FAF até 2019.....	39
Gráfico 4. População X investimentos FAF-Cobertura atenção básica X investimentos FAF, até 2019.....	40
Gráfico 5. Distribuição valor dos investimentos equipamentos por tipo de transferência.....	42
Gráfico 6. Série histórica investimentos equipamentos FAF 2009 a 2019.....	42
Gráfico 7. Série histórica investimentos equipamentos através de convênio de 2009 a 2019.....	45
Gráfico 8. Alcance dos investimentos em equipamento nos municípios brasileiros até 2019.....	45
Gráfico 9. Distribuição dos valores repassados aos municípios beneficiados para aquisição de equipamento até 2019.....	46
Gráfico 10. Valor médio dos investimentos para aquisição de equipamento até 2019, por municípios beneficiados.....	46
Gráfico 11. Investimento em Equipamentos por tipo de Recurso no Orçamento 2009 a 2019.....	47
Gráfico 12. Comparativo Investimento Orçamento Impositivo 2014 a 2019, para Aquisição de Equipamento X Custeio Incremento PAB/MAC e distribuição dos valores para custeio.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde
CGR - Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIT - Comissões Intergestores Tripartite
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EC - Emenda Constitucional
EP - Emenda Parlamentar
FAF - Fundo a Fundo
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FNS - Fundo Nacional de Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LC - Lei Complementar
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
MAC - Média e Alta Complexidade
MP - Medida Provisória
MS - Ministério da Saúde
NOA - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas do SUS
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PEC - Proposta de Emenda Constitucional
PIB - Produto Interno Bruto
PROCOT - Programa de Cooperação Técnica
RENEM - Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis pelo SUS
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SICONV - Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Problema.....	14
1.2 Justificativa.....	14
1.3 Objetivo.....	15
1.4 Estrutura do Trabalho.....	16
1.5 Método.....	16
2 ARCABOUÇO TEÓRICO.....	18
2.1 Política de Investimento em Saúde Pública no Brasil.....	18
2.2 LC 141/2012 – Uma Lei Necessária.....	19
2.3 Um Pacto e muitos resultados	22
2.4 Orçamento Impositivo e Investimentos no SUS.....	25
2.5 Teto de Gastos e Investimentos no SUS.....	29
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 Abordagem da pesquisa.....	34
3.2 Procedimentos Técnicos.....	35
3.3 Conjunto dos Dados.....	36
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	37
4.1Evolução das Transferências Voluntárias Fundo a Fundo a Estados e Municípios.....	37
4.2 Transferências para Aquisição de Equipamento – FAF x CONVÊNIO.....	41
4.3 Aquisição de Equipamento FAF– Orçamento Impositivo x Não Impositivo.....	47
4.4 Transferências FAF Orçamento Impositivo – Aquisição de Equipamento x Incremento do Custeio.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERENCIAL TEÓRICO.....	55

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde nasceu na década de oitenta, sendo institucionalizado quando da promulgação da Constituição Nacional de 1988, com um eixo em torno de três princípios doutrinários: Universalidade, Integralidade e a Equidade.

A Lei 8.080/1990, por sua vez, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principais princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa (VIACAVA F et al, 2018).

Propiciar acesso integral aos serviços de saúde a um país com dimensões continentais tem sido um exercício diário a todos os entes das três esferas da gestão deste complexo sistema, são inúmeros estabelecimentos, profissionais, insumos e equipamentos, para dar alcance a todas as demandas que em maior parte são urgentes.

Para o alcance de tal feito, desde sua concepção e até os dias atuais, o maior enfrentamento está diante do financiamento das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde: Artigo 3º da Lei 141 Lei Complementar nº 141/Art. 3º - Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes à:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012).

São princípios gerais do financiamento para o SUS: responsabilidade das três esferas de gestão – União, estados e municípios – pelo financiamento do SUS; redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos; repasse fundo a fundo definido como modalidade preferencial na transferência de recursos entre os gestores e financiamento de custeio com recursos federais constituídos e transferidos em blocos de recursos (CONASS, 2011).

Além dos normativos orgânicos do SUS com as Leis 8.080/1990, 8.142/1990 e LC 141/2012, e Portaria e Resoluções intrínsecos aos Ministério da Saúde e conselhos deliberativos, desde 2009, período em que vigora as portarias em avaliação neste trabalho, outros atos como a Emenda Constitucional 86/2015 (Orçamento Impositivo) e a Emenda Constitucional 95/2016 (Teto de Gastos), atingiram diretamente no financiamento do SUS, e serão partes importantes de análise na abordagem deste estudo.

1.1 PROBLEMA

A Portaria GM/MS 3.134/2013, que sucedeu a Portaria nº 2.198 de 17 de setembro de 2009, consegue atender a política de aquisição de equipamentos e materiais permanentes aos fundos estaduais e municipais de saúde, após mudanças no financiamento público de saúde, proveniente das promulgações das Emendas Constitucionais nº 86 (Orçamento Impositivo) e nº 95 (Teto de Gastos) bem como outras alterações normativas?

1.2 JUSTIFICATIVA

A administração tem várias formas de emitir seus atos administrativos, dentre estes podemos citar a portaria, que é definida como um documento de ato administrativo de qualquer autoridade pública, que contém instruções acerca da aplicação de leis ou regulamentos, recomendações de caráter geral, normas de execução de serviço, nomeações, demissões, punições, ou qualquer outra determinação da sua competência.

Para a Portaria GM/MS 3.134 de 2013, temos disposto um ato sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e criava a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde.

Trazer a avaliação, e os aspectos relevantes dos Investimentos em Equipamentos e Materiais Permanentes aos Fundos de Saúde Pública, se faz necessário antes, um levantamento histórico do contexto em que se aplica alguns normativos, na tentativa de compreender os acontecimentos que foram desenvolvidos.

Desde 2009, foi implantado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.198 de 17 de setembro de 2009, um programa que visava liberação de recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para compor o Programa da Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal.

Seria o início da materialização do financiamento para investimentos em equipamentos aos entes descentralizados do SUS, e a realização do processo de modernização das unidades de saúde próprias do sistema, atualizado através da Portaria GM/MS 3.134 de 17 de dezembro de 2013, que através de sua publicação atendeu as transferências de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) criando também a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde.

Por representar um dos maiores programas de incorporação de capital em saúde pública no Brasil, tanto em valor e quantidade, quanto em seu alcance no território do país, o Investimento em Equipamentos e Materiais Permanentes aos Fundos de Saúde Pública, após seis anos sendo regulamentado pela mesma portaria, necessitaria uma avaliação de alguns aspectos relevantes ao tema, com abordagem aos impactos em que as diversas alterações nos normativos acerca do financiamento público da saúde poderiam intervir nessa ação de grande importância para a efetivação dos serviços públicos de saúde.

1.3 OBJETIVO

Entender os reflexos provocados pela promulgação da Emenda Constitucional nº 86/2015 e Emenda Constitucional nº 95/2016, e demais portarias e resoluções acerca dos investimentos em equipamentos aos fundos públicos de saúde, regulamentados pela Portaria 3.134, desde dezembro de 2013.

Os objetivos secundários podem ser listados a seguir:

- a) avaliar o histórico dos normativos que regulamentaram as transferências de recursos fundo a fundo para aquisição de equipamentos e materiais permanentes;
- b) analisar os investimentos em equipamentos no Sistema Único de Saúde através de repasses efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde;
- c) analisar a legislações de suporte as portarias 2.198/2009 e 3134/2013, e as legislações posteriores as suas publicações que impactaram em seus direcionamentos;
- d) analisar alcance e distribuição dos recursos de Investimentos em Equipamentos transferidos Fundo a Fundo.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

A estrutura do trabalho compreende três capítulos, além da introdução e considerações finais. No primeiro capítulo será realizada uma revisão de literatura acerca da política de investimentos em saúde pública no Brasil, trazendo uma discussão sobre alguns impactos no financiamento pós promulgação das emendas constitucionais que instituíram o Orçamento Impositivo e o Teto de Gastos. No segundo capítulo será apresentada a metodologia utilizada, bem como os procedimentos técnicos, abordagem da pesquisa e conjunto de dados aplicados na avaliação. O capítulo seguinte contém a análise e interpretação dos dados, exemplificados em ilustrações gráficas, que retratam cada circunstância relevante para que esta avaliação trouxesse reflexões acerca do tema abordado, possibilitando uma visão crítica, sobre cada análise.

1.5 MÉTODO

Apoiado em uma revisão da literatura, categorizada de acordo os interesses da argumentação pretendida, o estudo analisa criticamente “Os Investimentos em Equipamentos e Materiais Permanentes dos Fundos de Saúde Pública”. Portanto, caracteriza-se como um estudo descritivo, quali-quantitativo, tridimensional de estrutura, processo e resultado.

A revisão da literatura demonstra que o pesquisador está atualizado nas últimas discussões no campo de conhecimento em investigação. Além de artigos em periódicos nacionais e internacionais e livros já publicados, as monografias, dissertações e teses constituem excelentes fontes de consulta (PRODANOV e FREITAS, 2013).

Uma procura de tais fontes, documentais ou bibliográficas, toma-se imprescindível para a não duplicação de esforços, a não "descoberta" de ideias já expressas, a não-inclusão de "lugares-comuns" no trabalho (MARCONI e LAKATOS, 2003).

Prodanov e Freitas, 2013 destacam ainda que “a finalidade da pesquisa científica não é apenas um relatório ou uma descrição de fatos levantados empiricamente, mas o desenvolvimento de um caráter interpretativo no que se refere aos dados obtidos. Para tal, é imprescindível correlacionar a pesquisa com o universo teórico, optando por um modelo que sirva de embasamento à interpretação do significado dos dados e fatos colhidos ou levantados.”

2 ARCABOUÇO TEÓRICO

No âmbito do Ministério da Saúde, diversas normativas têm sido publicadas e atualizadas para atender as demandas dos serviços de saúde e da capacidade da gestão nas três esferas de governo, numa série histórica podemos citar algumas portarias que tinham finalidade de organizar o financiamento e transferências de recursos aos entes envolvidos na execução das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

2.1 Política de Investimento em Saúde Pública no Brasil

A construção de um sistema complexo e amplo com o SUS, é resultado de um conjunto de fatores e movimentos históricos que culminam na eminente necessidade do Estado apresentar a sociedade um caminho para atender as demandas no campo da saúde pública, na finalidade de entender esses movimentos e no conjunto das ações que resultaram no financiamento que permitisse a perpetuação das diretrizes que o Sistema único de Saúde preconizava em sua essência.

Anteriormente ao sistema de saúde brasileiro, como conhecemos hoje, o tema era tratado como ações de saneamento e vigilância de endemias. Pereira (2013), traz breve histórico em três fases de transição desse processo:

[...]entre suas principais características, a existência de um comando único em cada esfera de governo. Nesta filosofia, o SUS levaria a transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) para o Ministério da Saúde, ocorrida em março de 1990, e, posteriormente, à própria extinção do Inamps em julho de 1993. Em segundo, cabe ressaltar, os princípios de organização do sistema que passa ser o de descentralização, isto é, as ações de saúde passam a ser corresponsabilidade da União, estados e municípios, cabendo as duas últimas esferas a prestação de serviços, restando a esfera federal a definição da política nacional de saúde, bem como a regulamentação das normas e regras gerais. Em terceiro, o financiamento das políticas de saúde passar a ser corresponsabilidade da União, estados e municípios (PEREIRA, 2013).

Para Santos (2018) “Do ponto de vista do setor saúde, ao final dos anos de 1970, dezenas de municípios haviam constituído Unidades Básicas em seus territórios e acumulavam experiências de atenção integral, universal e equitativa. Essas muitas iniciativas antecipavam, na prática, os princípios da universalidade, integralidade e igualdade que viriam a ser consagrados na Constituição de 1988.”

A Organização Pan-Americana da Saúde (2018), afirma que “não há dúvidas de que o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um enorme avanço para o alcance dos direitos e a redução das desigualdades sociais.”

Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Circunstanciado como desafio para o SUS “ser sistêmico, único e descentralizado do ponto de vista político, exige aglutinação regional para garantir que o cidadão de um município de pequeno porte possa ver satisfeita a sua necessidade de saúde em rede articulada, regionalizada, contínua e delimitada em espaço regional.”(SANTOS, 2018, p. 2050).

Piola et al (2013), corrobora que “o avanço na implantação do SUS, principalmente a implementação da diretriz de descentralização, provocou mudanças significativas na execução financeira do MS, com diminuição exponencial das aplicações diretas e aumento das transferências para estados, DF e municípios. Mudanças também se verificaram na execução financeira por programas/ações.”

2.2 LC 141/2012 – Uma Lei Necessária

Após 22 anos de sancionada, a Lei Orgânica do SUS obteve sua complementariedade necessária para ratificar sobre implementação da Regionalização/Planejamento-Orçamentação Ascendente/Repasse Equitativos, que até então vinham sido aplicadas de maneira parcial por outros instrumentos normativos como Portarias do Ministério da Saúde, Resoluções do CNS e a própria Constituição Federal de 1988, com a promulgação da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012.

O CONASEMS (2015) endossa que “a definição de ações e serviços públicos de saúde (ASPS) já estava bem clara na própria Constituição Federal e na Lei 8080/90 e posteriormente na Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, entretanto, a partir da publicação da referida Lei foi determinado efetivamente quais são as despesas que podem ser consideradas ações e serviços de saúde”.

A existência dos fundos especiais com finalidade de gestão dos recursos financeiros destinados as ASPS nas esferas estaduais, municipais e nacional, também estavam previstas na lei orgânica do SUS desde 1990, porém apenas após regulamentada a Lei 141/2012, ficou definido a aplicação de recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por meio de fundo de saúde, implicando na institucionalização e organização do fundo para administrar os recursos transferidos.

Oliveira et al, 2017, p. 5, definem “o Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.”

Dentre os preceitos legais para criação, existência e funcionamentos dos Fundos de saúde, destacamos:

Lei nº 8.080/1990 Art. 33: “Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.”

Lei 8.142/1990 – Art. 4º: “Para receberem os recursos de que trata o art. 3º desta Lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: I – Fundo de saúde; II – Conselho de Saúde, com composição paritária...”

Decreto 1.232/1994 – Art. 2º: “A transferência de que trata o artigo 1º fica condicionada à existência de Fundo de Saúde e à apresentação de Plano de Saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde do qual conste a contrapartida de recursos no orçamento do Distrito Federal, Estado ou do Município.”

Lei Complementar nº 141/2012 - Art. 14 já referido e Art. 22: “É vedada a exigência de restrição (...) Parágrafo único: a vedação prevista no caput não impede a União e os Estados a condicionarem a entrega dos recursos: I – à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde, no âmbito do ente da Federação; e II – à elaboração do Plano de Saúde”

Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 - Art. 4º O repasse dos recursos de que trata o artigo 3º ao Estado, ao Distrito Federal e ao Município fica condicionado à: I - Instituição e funcionamento do Conselho de Saúde, com composição paritária, na forma da legislação; II - Instituição e funcionamento do Fundo de Saúde;

A gestão dos fundos de saúde ainda é um desafio, considerando as questões multidisciplinares envolvidas. A legislação muitas vezes não é clara conceitualmente e a literatura a respeito é escassa, além dos conceitos muitas vezes não pacificados em vários

pontos. No entanto, não podemos negar que a criação dos fundos de saúde foi importante para a garantia dos recursos mínimos para investimento na saúde e para superar as desigualdades. (Pereira, 2013, p 11).

Financiar um sistema complexo e que atenda as diversas variações de um país como o Brasil, sempre foi tarefa que necessitou de constantes aprimoramentos, como acompanhamos nas normativas acima e que ainda vamos perceber até o final desta avaliação, Santos AO et al (2016) endossa que os anos de luta por um financiamento adequado e sustentável para o SUS não livraram o setor da submissão ao crescimento exponencial de seus custos, seja pelo desenvolvimento de novas tecnologias, pelo envelhecimento da população ou pela crescente judicialização do direito à saúde.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2018) em seu Relatório sobre os 30 anos do SUS, apresenta desafios e conquistas e salienta também que:

Apesar dos resultados positivos e dos avanços do SUS nos últimos 30 anos, há que reconhecer as limitações e dificuldades de diferentes naturezas enfrentadas, como a crise do pacto federativo, que se mostra ainda mais complexa na área da saúde, os desafios do processo de descentralização, a discussão do papel a ser exercido pelos municípios, o papel do setor privado da saúde e sua relação com o setor público, a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de participação social (OPAS,2018).

Para Santos (2018), “importa dizer que a falta de macropolíticas de saúde fundadas em lei, de diretrizes e bases sistêmicas, talvez tenha sido um aspecto que alimentou o subfinanciamento da saúde e ensejou uma judicialização fracionada, individualizada, com o Poder Judiciário definindo no individual o que deveria ser coletivo.”

O autor ainda acrescenta que “o financiamento passaria a ser exigido em conformidade às políticas que conformam o SUS e não o inverso, com as políticas tendo que se conformar ao orçamento” (SANTOS, 2018, p. 2048).

Questões referentes ao subfinanciamento do SUS, em especial na esfera federal é assunto mais que discutido nesse mais que trinta anos em que o sistema se apresenta como solução a saúde pública, como já apresentado em argumentos acima, foi diante de uma longa trajetória que através da Lei Complementar 141/2012 e Emenda Constitucional 86/2015, que ficou instituído os valores mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente com ações e serviços de saúde pelas 03 esferas de governo levando em conta os seguintes percentuais:

Municípios: 15%;

Estados: 12%;

União: Montante não inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro (artigo 198, parágrafo 2o, I). O percentual de 15% estabelecido será alcançado de forma gradual, sendo 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e 15% em 2020. No cômputo desse montante serão incluídos os valores arrecadados de royalties do petróleo e a parcela das emendas parlamentares destinadas a ações e serviços de saúde.

Cabe ainda exaltar a presença marcante das Normas Operacionais Básicas no Financiamento da Saúde, editadas a partir de 1990 pelo poder executivo a fim de regular o sistema de saúde com base em suas leis orgânicas.

Viana *et al.* (2002) salientam que “a política descentralizadora na área da saúde contou, no Brasil, com uma indução estratégica de centro, através da formulação e da instituição de instrumentos reguladores próprios – as NOBs de 1991/1992, de 1993 e de 1996 e a NOAS, nas versões 2001 e 2002”.

Pereira (2013), reforça que “as NOBs possibilitaram a descentralização dos recursos, por meio da habilitação dos municípios e estados nas Gestões previstas pelas normas, e configurando o repasse direto de recursos fundo a fundo, inicialmente somente seguindo o montante definido no teto financeiro e posteriormente também passando a ser *per capita*.”

Quando analisamos todas as NOBs dos anos 1990, em conjunto, percebe-se que formam um conjunto contínuo, visto que cada norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela Norma subsequente, numa tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização setorial à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento (VIANA ET AL 2002).

Carvalho (2001), relata que “pelos NOBs se pretendia fazer a operacionalização do que vinha expresso na CF e nas leis 8.080/8.142: saúde direito das pessoas e dever do estado, universalidade do acesso, equidade, integralidade, intersetorialidade, corresponsabilidade e gestão única em cada esfera de governo, financiamento tripartite, controle social e outras.”

2.3 Um Pacto e muitos resultados

Apenas em 2006, a publicação do Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro daquele mesmo ano, iniciou ali a definição de blocos de financiamento, que atendessem o SUS enquanto política de Estado.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e

integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL,2016).

Fundação Oswaldo Cruz et al, 2012, reitera que “o Pacto pela Saúde representou uma inflexão no modelo de descentralização, com repercussões sobre o modelo de regulação federal, visto que procurou substituir a ênfase na indução por meio de portarias e incentivos federais por uma lógica de acordos intergovernamentais baseados em metas sanitárias e de gestão.”

Para Pereira, 2013, as novas ideias trazidas pelo Pacto pela Saúde podem ser resumidas em cinco tópicos:

- 1 – Substituição da noção da habilitação (forma e cartorial) pela prática de compromissos de gestão;
- 2 – Introdução do conceito de regionalização solidária, com novos mecanismos de integração e novas instâncias de gestão microrregional (CGR);
- 3 – Ruptura com a fragmentação do financiamento e reorganização dos repasses em cinco blocos: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância a saúde, assistência farmacêutica e incentivo a gestão;
- 4 – Aumento da transparência da gestão de recursos, com a exigência de explicitação de gastos de custeio por parte de estados e municípios;
- 5 – Unificação dos processos de pactuação de indicadores.

Formando um conjunto de normativos e inovações, trazendo ferramentas necessárias que possibilitassem a realização dos preceitos da descentralização na prática, tão importante na concretização do sistema concebido em 1990, mas que vive em constante transformação e construção em busca da consolidação.

Regulamentado pela Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006 e Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006, o Pacto pela Saúde valorizava três dimensões fundamentais: 1) as prioridades em saúde para produzir impactos na situação sanitária da população, explícitas no Pacto pela Vida; e, 2) as responsabilidades gerais na gestão do SUS, descritas no Pacto de Gestão; 3) os compromissos entre os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária, propondo a ampliação do diálogo com a sociedade na defesa do direito à saúde e do SUS enquanto política de Estado, relacionados no Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006).

Analisando a edição de todas as NOBs/Noas e mais tarde o Pacto pela Saúde, todos estes instrumentos tiveram um papel importante no financiamento da saúde, percebe-se um aperfeiçoamento dos critérios de repasse e diversificação dos critérios de alocação uma vez que as transferências automáticas (fundo a fundo) descentralizaram os recursos da saúde,

alcançando milhares de municípios que, até então, não haviam sido contemplados com repasses federais e também estimulou maior autonomia ao gestor municipal (PEREIRA, 2013).

Ressalte-se ainda que com o propósito de reduzir as parcelas de transferências federais e aumentar a autonomia dos estados e municípios sobre a utilização dos recursos transferidos, foram propostos grandes blocos de financiamento: atenção básica, de média e de alta complexidades, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e, posteriormente, investimentos (FIOCRUZ et al 2012).

Este estudo está direcionado ao bloco de investimento, em especial aos recursos destinados a aquisição de equipamentos e material permanente, já que neste mesmo rol estão considerados as transferências para construção e ampliação de unidades de saúde.

Contó e Petramale (2015), descrevem que “equipamentos e materiais permanentes são aqueles que em razão de seu uso corrente não perdem suas identidades físicas e/ou possuem durabilidade superior a dois anos. Não são considerados permanentes os materiais de uso único como próteses, órteses e descartáveis.”

Para esses mesmos autores, “o Ministério da Saúde, por meio de transferências voluntárias da União, apoia financeiramente instituições públicas e privadas sem fins lucrativos e vinculadas ao SUS a melhorarem sua infraestrutura tecnológica de atendimento, fomentando programas de financiamento para aquisição descentralizada de equipamentos e materiais permanentes” (CONTÓ E PETRAMALE, 2015).

Após um ano do ato publicado pelo Pacto Pela Saúde em 2006, precursor das mudanças no Ministério da Saúde à regionalização, foi publicada a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamentava o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle (BRASIL, 2007).

Em 2009, essa mesma portaria sofreu alteração por meio da Portaria nº 837, de 24 de abril de 2009, criando o bloco de investimento, formado os 6 blocos de financiamento e as transferências dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, e como normativo específico para atender o bloco de investimento, em 17 de setembro de 2009, entrou em vigor a Portaria 2.197/2009, para dispor sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada (BRASIL, 2009).

Em seu Art. 1º, já destacava sua finalidade, que seria “a liberação dos recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para compor o

Programa da Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada dar-se-á de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal” (BRASIL, 2009).

Até 2013, essa foi a portaria que norteava o financiamento federal a estados e municípios, quando foi publicada a Portaria nº 3.134, de 17 de dezembro de 2013, ampliando o escopo de seu normativo anterior, pois além de dispor sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), criava a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde, trazendo alguns procedimentos inovadores a este tipo de transferência de recursos.

A construção da RENEM foi desenvolvida por meio de três ações estruturantes que se complementam: 1- A adoção de uma base de nomenclaturas padronizadas em função do porte/complexidade dos equipamentos e procedimentos cobertos pelo SUS; 2- A regulação do processo de avaliação e incorporação de novas tecnologias por meio de requisitos de segurança, eficácia, racionalidade e eficiência; e, 3- O desenvolvimento de um banco de informações técnicas e econômicas para subsidiar a elaboração de especificações técnicas e a definição de valores de financiamento (CONTÓ E PETRAMALE, 2015).

Com base nessa portaria e suas considerações que esse estudo constrói sua justificativa de análise, verificando os normativos que sucederam sua publicação e que poderiam influenciar em sua atuação, tópicos que serão discutidos na sequência.

2.4 Orçamento Impositivo e Investimentos no SUS

Emendas a Lei Orçamentária, historicamente foi tratada como instrumento de influência do poder executivo ao legislativo, colocando à disposição de parlamentares uma parte do orçamento para que os edis encaminhassem recursos as suas bases eleitorais, existia no entanto a prerrogativa pelo executivo de priorização na execução desses recursos, com a escolha de quais emendas seriam atendidas e em que tempo.

Desde o restabelecimento da prerrogativa parlamentar de apresentar emendas ao orçamento até anos recentes, as emendas não tiveram grande peso dentro dos orçamentos anuais totais do Ministério da Saúde (MS), além de terem, até 2013, caráter meramente autorizativo (VIERA ET AL, 2019).

Um falso ou conveniente entendimento do que se convencionou denominar impositivo ou mandatório parece estar por trás do discurso dominante. Em outras palavras: orçamento impositivo não é o que se tem de executar a qualquer pretexto, sem qualquer flexibilidade; não é imutável; não é inexorável; não é uma camisa-de-força. *Impositivo* quer dizer que é, que deve ser aquele, e não outro, e aquele, na concepção programática, é o necessário e suficiente para o que foi definido como tendo de ser feito. Não há sentido em cobrar uma soma de recursos dos contribuintes com determinada finalidade e não realizar o serviço, pois isso é um tipo de logro, como em qualquer relação bilateral (PISCITELLI, 2007).

Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, a tão debatida proposta de Emenda à Constituição nº 358/2013, denominada “PEC do orçamento impositivo”, que altera o caráter jurídico de parte do orçamento público do Brasil, que era até então considerado autorizativo (LAHUD, 2016).

Com a promulgação da EC nº 86/2015, ficou alterado os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica, com efeitos a partir da execução orçamentária do exercício de 2014, deu ao legislativo a garantia da execução da fatia de no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual seria destinada a ações e serviços públicos de saúde.

Para Lahud (2016) a aprovação do orçamento impositivo teve por premissa tornar mais efetiva a lei orçamentária, aumentando os valores executados das emendas individuais, paralelamente ao atendimento isonômico das iniciativas parlamentares, além de buscar afastar as interferências políticas na execução das despesas decorrentes das emendas dos congressistas.

A atuação parlamentar, de outra parte, não poderia restringir-se ao conteúdo da programação, mas também ao ritmo, à intensidade de sua execução. Apesar do reconhecimento da necessidade de o controle financeiro situar-se no âmbito do Executivo, [...]. Em outras palavras, trata-se também de reduzir o poder da burocracia do governo em favor do profissionalismo do Estado, onde ele está a serviço de interesses político partidários (PISCITELLI, 2007).

Individualmente, cada parlamentar poderá apresentar até vinte e cinco emendas ao projeto de lei orçamentária anual (Artigo 49). Em cada ano, o parecer preliminar definirá o valor total do conjunto de emendas a serem apresentadas (Rebouças, 2014).

Na prática o poder executivo teria a obrigação de execução dessa parte do executivo, e de forma igualitária entre todos os parlamentares, com o único impeditivo para empenho e consequente pagamento por impedimento de ordem técnica, podendo esses impedimentos serem sanados dentro do calendário orçamentário da emenda.

Mesmo sendo legal e legítima a indicação de emendas ao orçamento pelos parlamentares, é preciso analisar o impacto da alocação de recursos por essa via, considerando os princípios a serem observados na garantia de direitos – no caso em análise, na garantia do direito à saúde, universal, integral e igualitário – e os critérios definidos em leis específicas, como na LC no 141/2012 (VIERA ET AL, 2019).

O mínimo constitucional em prática direcionaria metade dos recursos das emendas a saúde, no entanto este processo se desenvolve com valores bem acima deste limite, as ações em saúde disponibiliza aos parlamentares um extenso cardápio de programas e projetos para aplicações dos recursos e de necessidades, além da capacidade de capilarização entre os municípios do Brasil, em especial na alocação das emendas na Atenção Primária em Saúde, em tese ao direcionar suas emendas ao orçamento da saúde além do obrigatório, o parlamentar terá a garantia tanto da execução quanto do alcance.

Sagastume et al (2016) reforça que tal situação poderá ser sobrecarregada pela possibilidade de os recursos serem dissipados, caso as emendas impositivas sigam uma lógica personalista para as bases eleitorais dos parlamentares.

Em 2016, a saúde passou a ser a área temática que mais recebeu recursos por meio de EPs: mais de 52% dos recursos alocados por meio de EPs ao orçamento federal (CARLOMAGNO, 2016).

No tocante à execução orçamentária das emendas impositivas associadas a despesas com ASPS, verificou-se que, nos exercícios de 2016 a 2018, os empenhos realizados pelo MS ocorreram em valor superior ao limite de execução obrigatória definido pela EC no 86/2015, correspondendo a: 0,4% a mais em 2016; 16,3% em 2017; e 24,8% em 2018 (VIERA ET AL, 2019).

Para Sagastume et al (2016) o orçamento impositivo mostrou, de maneira mais perceptível, a necessidade de pactuação (visto que são prioridades para todo o sistema) e de aperfeiçoamento das prioridades, notadamente diante da menor discricionariedade (no sentido de que ao Executivo compete atingir as metas apresentadas pelas instâncias de discussão e deliberação do SUS) do Executivo na execução de emendas parlamentares.

Piscitelli (2007), registra que as atividades e as chamadas operações especiais são enquadráveis entre as despesas discricionárias prioritárias (essenciais) e, por isso, têm preferência na alocação; os projetos, de outra parte, se inserem entre as demais despesas discricionárias e, em particular, os investimentos são os mais sacrificados.

Os grandes valores a que se referem as emendas parlamentares, dentro do MS, são fortemente destinados à SAS – a assistência em saúde é, historicamente, a área responsável

pelas atividades que efetivamente oferecem serviços e atendimentos aos usuários, o que se reflete no seu alto orçamento (SAGASTUME ET AL, 2016).

Lahud (2016) enfatiza que “a alocação de recursos para ASPS está sendo efetiva, ao passo que houve cumprimento do repasse de 50% para essas ações. Ademais, quanto a execução, as ações priorizadas pelo Ministério da Saúde está sendo efetiva para a execução orçamentária, mas não para a execução financeira em escala ou valores absolutos. Isso sugere que a Emenda Constitucional em apreço não garante, necessariamente, mais recursos para a saúde, contrariamente ao esperado.”

Enquanto Vieira et al (2019), cita que “era esperado, com a aprovação da impositividade na execução das EPs, que viesse a aumentar a execução orçamentária e financeira das emendas individuais e das de bancada inseridas no anexo Prioridades e Metas da LDO. [...] Aumentar o valor alocado/transferido aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios por meio de emendas poderia ser uma estratégia para incrementar os recursos setoriais somente se esses recursos não fossem levados em conta para o efeito do cálculo do cumprimento do piso com ASPS – o que, definitivamente, não é o caso. As EPs fazem parte dos recursos que compõem a aplicação mínima do MS”.

Para Rebouças (2014), “a impositividade das emendas parlamentares ao orçamento, de fato, implica ampliar a participação legislativa nas decisões de alocação dos recursos públicos, um novo horizonte se comparado à experiência orçamentária e de planejamento no Brasil”.

Sagastume et al (2016), acrescenta que “as emendas, na verdade, injetam recursos públicos em locais que não os receberiam de outra forma, ampliando a circulação de moeda pelo País e estimulando o desenvolvimento”.

Os baixos valores dos investimentos federais representam uma limitação importante para a redução das desigualdades em saúde, que seria uma das principais finalidades de atuação federal, dada a heterogeneidade da oferta e do acesso aos serviços no território nacional. [...], grande parte dos recursos de investimentos depende de emendas parlamentares, de origem instável e não atrelada a um planejamento nacional de investimentos (FIOCRUZ et al 2012).

Analisando-se a execução das despesas associadas às emendas por grupo de natureza de despesa, verifica-se a ampliação da alocação de recursos para custeio do SUS em detrimento dos investimentos para todos os tipos de emendas, com protagonismo maior das outras emendas [...]. A redução dos investimentos no SUS por meio de EPs, que baixou de 71% para 23% do valor total das emendas entre 2015 e 2018, explica-se pela crise econômica, que afetou a arrecadação nas três esferas de governo e o piso da saúde em 2016 pela aprovação da EC no 95/2016, que congela a aplicação mínima das despesas do MS com ASPS a partir de 2018. Sem recursos adicionais para financiar a produção de novos estabelecimentos de saúde, a prioridade passa a ser o custeio das unidades existentes (VIERA ET AL, 2019).

Os mesmos autores afirmam que essa “conjuntura favoreceu a inversão da alocação majoritária por grupo de natureza de despesa, a despeito da preferência dos parlamentares por alocar recursos para investimentos por meio de emendas individuais, uma vez que a realização de uma obra e a compra de um equipamento parecem estar relacionadas a maior reconhecimento e vinculação a um “benfeitor” do que os recursos para custeio dos serviços de saúde.”

O Legislativo, por seu turno, tem avançado nas suas próprias competências, em especial por apresentar propostas cada vez mais adequadas aos parâmetros do SUS e às necessidades reais do sistema – o que dá mais oportunidade de voz aos municípios pequenos ou pouco representados (SAGASTUME ET AL, 2016).

2.5 Teto de Gastos e Investimentos no SUS

Emenda Constitucional nº 95, de 2016, altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, tais como: "Art. 106. Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias." "Art. 107. Ficam estabelecidos, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias: I - do Poder Executivo; [...]" (BRASIL, 2016).

Manter direitos fundamentais garantidos ao SUS na Constituição de 1988, e alcançar austeridade fiscal, pretendida na Proposta de Emenda Constitucional 241/2016, que culminou na EC nº 95 /2016, instituindo o chamado “Novo Regime Fiscal”, mais um desafio para o financiamento da saúde pública no Brasil, especialmente em relação aos investimentos, que sempre esteve num plano excepcional a um orçamento mais que comprometido com as despesas obrigatórias para manutenção dos serviços mínimos.

Santos e Viera (2018), afirmam que “a política de austeridade é um instrumento do ideário neoliberal, que vem sendo disseminado no mundo desde o século passado, resultando em enfraquecimento das políticas sociais de caráter universal e em graves efeitos para a sociedade.”

Enquanto Rossi e Dweck (2016), reiteram que a “reforma fiscal é desastrosa ao impor à demanda pública um caráter contracionista por um longo período e por retirar do Estado os instrumentos fiscais capazes de enfrentar crises econômicas. No entanto, os efeitos sociais do novo regime fiscal são ainda mais críticos.”

Para Pinto (2016), “a PEC do Teto Fiscal, na qual está assentada a ideia do Novo Regime Fiscal, afronta o arranjo sistêmico de dispositivos constitucionais e infraconstitucionais que amparam o custeio dos direitos fundamentais, notadamente por meio de vinculações de receita ou dever de gasto mínimo, como acontece com a seguridade social e os direitos à saúde e à educação.”

Andrade et al (2017), trazem reflexão do reconhecimento da necessidade de se estabelecer um limite para os gastos do governo. [...] sendo necessário que ocorra uma decisão política que implique um pacto da sociedade para a redução desses gastos no médio e longo prazo. Reforçando que a PEC do teto de gasto pode ser uma oportunidade para de fato discutirmos nossas prioridades.

Entretanto, em relação à saúde, Andrade et al (2017), afirmam que os impactos da PEC não são de curto prazo uma vez que as perdas de recursos provavelmente só começarão a ocorrer depois de 2020. [...] Nesse contexto, a questão que se coloca não são os recursos que estariam sendo perdidos no curto e médio prazo, mas a revisão do pacto social definido em 1988. Especificamente para a saúde, apesar de todos os embates, houve avanço com a EC 29 o qual estaria sendo rompido com a inclusão dos gastos federais com saúde nas regras propostas pela PEC 55.

Com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95,[...]. Estabeleceu-se teto de gasto para as despesas primárias da União, sem definição de limite para as despesas financeiras. A partir de 2017 até 2036, essas despesas ficam congeladas em termos reais em aproximadamente R\$ 1,3 trilhão, o que significa que este valor será corrigido anualmente apenas para recomposição de perdas inflacionárias. Os gastos com saúde e educação perderam a vinculação em relação às receitas e passaram a ter as aplicações mínimas congeladas nos mesmos termos das despesas primárias, com a diferença de que sua vigência começa em 2018 (SANTOS E VIEIRA, 2018).

Como exemplo, Santos e Vieira (2018), demonstram que “caso a regra da EC 95 estivesse em vigor no período 2003-2015, as perdas acumuladas do Sistema Único de Saúde (SUS) alcançariam R\$ 135 bilhões. Já em um exercício prospectivo, estimou-se que elas poderiam variar de R\$ 168 bilhões a R\$ 738 bilhões entre 2017 a 2036, a depender do crescimento do PIB nos próximos anos.”

Izepão et al (2019), enfatizam que “a redução dos investimentos públicos na área da saúde impacta na economia, não somente, em virtude da precarização do atendimento da população e do não cumprimento da universalidade garantida por lei, mas em razão do efeito multiplicador dos investimentos/ gastos públicos.”

Vieira e Benevides (2016), avaliam que esse congelamento de gastos pressupõe que as despesas públicas com saúde se encontram em níveis adequados e que a melhoria dos serviços

de saúde decorreria da melhor aplicação deles. Entretanto, Izepão et al (2019), discordam, demonstrando que tal congelamento deteriora ainda mais a situação do SUS, uma vez que no período de 20 anos o crescimento e o envelhecimento da população pressionarão a demanda destes serviços e elevarão seus custos.

Um caminho em construção a 30 anos, e o Sistema Único de Saúde encontrou alguns ladrilhos em busca das fontes e instrumentos que permitisse um financiamento, nos parágrafos anteriores foram apresentados alguns passos para a descentralização e hierarquização que alcançasse e garantisse a universalidade, integralidade e equidade, no entanto o alcance desses princípios doutrinários dimensionados em sua lei orgânica necessita de garantia de expansão em seu financiamento.

Menezes et al (2019), endossam que “apesar da mobilização de gestores da saúde e do movimento social e de algumas iniciativas no parlamento visando ampliar os recursos para a saúde, o SUS jamais contou com o volume de financiamento compatível exigido para sistemas universais e que pudesse garantir as premissas previstas na Constituição.”

A história do SUS é marcada pelo constante desafio de prover financiamento público adequado para assegurar a garantia do direito constitucional à saúde. A concepção do texto constitucional é a de que o SUS deveria ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes (MENEZES ET AL, 2019).

Se o que queríamos era um sistema de saúde universal, não deveríamos ter construído esse sistema com garantias mínimas e alguma estabilidade de financiamento? Essa escolha é no mínimo paradoxal e denuncia a ambiguidade presente no Brasil, que conseguiu avançar normativamente no sentido de uma sociedade mais igualitária com a criação do SUS, mas que não se dispôs a enfrentar os desafios impostos pelo conflito distributivo inerente às nossas origens. A nossa escolha foi por um sistema de saúde segmentado que garantisse o direito igualitário à saúde, mas que também preservasse o direito de comprar esses serviços no setor privado (ANDRADE ET AL, 2017).

Ainda segundo Andrade et al (2017), “a impossibilidade de racionar a demanda por mecanismo de preços em sistemas públicos cuja utilização é gratuita, em geral, implica em ajustes da oferta dos serviços através da qualidade. No SUS, como sempre existiu um subfinanciamento, esse ajuste é ainda mais severo, se traduzindo também em longas filas de espera.”

Izepão et al (2019), reitera que “o SUS está em aperfeiçoamento e adaptação, desde sua origem no movimento de RSB, mas será afetado diretamente pelo congelamento dos gastos previstos na EC55/16. Assim, embora o SUS seja positivo, importante e inovador em diversos aspectos, também, vem padecendo por problemas de financiamento, gestão e ineficiências que

precisam ser reavaliadas e sanadas ao longo do tempo, para que se alcance seu objetivo constitucional.”

Os autores também reforçam que não se pode partir do pressuposto de que os recursos públicos para a saúde já estão em níveis adequados para a garantia do acesso aos bens e serviços de saúde e que problema seja apenas gestão. O que se espera é que a universalização da saúde no Brasil saia, de fato, do papel, e se torne uma realidade para todos os brasileiros, em especial, às pessoas que não tem acesso aos bônus da riqueza do país (IZEPÃO ET AL 2019).

Além disso, ainda é preciso investir em infraestrutura física e tecnológica no SUS. Dados de 2009 demonstram que apenas uma pequena parcela dos equipamentos existentes no país estava à época disponibilizada para os atendimentos pelo sistema público, responsável por atender mais de 70% da população. (VIEIRA ET AL, 2016).

Rossi e Dweck (2016), concluem que “a reforma fiscal proposta pelo governo não é um plano de estabilização fiscal, mas um projeto de redução drástica do tamanho do Estado. No plano macroeconômico, a reforma será um entrave ao crescimento econômico ao institucionalizar e automatizar um ajuste fiscal permanente.”

Os embates políticos acerca da definição do orçamento público no país já demonstraram o lugar frágil que o SUS ocupa. Não podemos abandonar a discussão da necessidade de um teto disciplinador para os nossos gastos. No entanto, é necessário um debate maduro sobre nossas escolhas orçamentárias em relação ao pacto social que está sendo redesenhado o qual inclui a Previdência, Assistência Social, Saúde e Educação (ANDRADE ET AL, 2017).

Vieira e Santos (2018), evidenciam a existência da “austeridade, disfarçada de virtude ao propagar um arrocho necessário por seus defensores, força a redução do tamanho do Estado e desmancha a solidariedade como possibilidade de base e elo para as políticas sociais, sem que este debate seja colocado de forma transparente para a sociedade.”

Enquanto para Menezes et al (2019), “os impactos sobre o SUS se dão em um contexto que combina desfinanciamento da saúde e medidas que materializam no sistema posições de valor estranhas a seus pressupostos constitucionais.”

Os autores provocam a dúvida, que se diante deste cenário que combina medidas que afetam a saúde da população e desfinanciamento do sistema, a perda de recursos será assimilável pelo SUS, com seus pressupostos constitucionais, como a universalidade e a integralidade. Conforme já exposto, essa é a função principal cumprida pelo teto de gastos (MENEZES ET AL, 2019).

Vieira et al (2016), conclui que “a EC 95 impõe à sociedade brasileira uma ruptura na trajetória de consolidação do estado do bem-estar social, [...]. maiores dificuldades para a

efetivação do direito à saúde, empurrando aqueles que dispõem de recursos financeiros para o mercado de planos de saúde; os que têm consciência de seu direito, da responsabilidade do Estado e meios de exigí-lo, para a judicialização; e os mais vulneráveis sujeitos à insuficiência da oferta e da qualidade dos serviços públicos cada vez mais precarizados.”

O Relatório “30 anos de SUS. Que SUS para 2030?” a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/ OMS), traz reflexões e recomendações, considerando os efeitos provocados pelo teto de gastos.

Para OPAS (2018), “o quadro de subfinanciamento do SUS tende a se agravar em função das medidas de austeridade implementadas pelo governo federal. [...], foi aprovada em 2016 uma Emenda Constitucional (EC 95 / PEC 55 / PEC 241) que congela o crescimento das despesas públicas, à base da inflação, para próximos 20 anos. Estima-se que a redução de recursos federais para a saúde será de R\$ 415 bilhões (R\$ 69 bilhões nos primeiros 10 anos e R\$ 347 bilhões no período seguinte), quando comparados às captações atuais (com crescimento do PIB de 2,0% ao ano).”

Reitera as reflexões apontando que “as medidas de austeridade fiscal, propiciadas pela Emenda Constitucional no.95 de 2016, somadas aos efeitos da Medida Provisória (MP) nº 839, de 2018, podem certamente interferir na oferta de atenção à saúde com qualidade, eficácia e equidade, pelo risco de subtração de recursos destinados ao SUS e a programas de proteção social” (OPAS, 2018).

3 METODOLOGIA

3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

Na avaliação dos Investimentos em Equipamentos e Materiais Permanentes, o conceito de estrutura está relacionado aos objetivos do repasse, analisando os aspectos normativos e as ferramentas físicas, o conjunto articulado das partes, determinando a função do todo. Assim, observamos nesta dimensão informações como: o histórico do repasse anual fundo a fundo para estados e municípios; estrutura normativa; leis, portaria, decretos normas e demais instrumentos da administração pública para alcance da gestão plena.

Quanto ao processo analisou-se como as intervenções foram desenvolvidas tendo por referência o estabelecido na estrutura.

Marconi e Lakatos, 2003, endossam que “analisar significa estudar, decompor, dissecar, dividir, interpretar. A análise de um texto refere-se ao processo de conhecimento de determinada realidade e implica o exame sistemático dos elementos; portanto, é decompor um todo em suas partes, a fim de poder efetuar um estudo mais completo, encontrando o elemento-chave do autor, determinar as relações que prevalecem nas partes constitutivas, compreendendo a maneira pela qual estão organizadas, e estruturar as ideias de maneira hierárquica.”

A coerência interna do texto é imprescindível e ela se impõe em dois níveis: primeiro, a coerência lógico-estrutural da articulação do raciocínio, as etapas do processo demonstrativo sucedendo-se dentro de uma sequência da articulação lógica; segundo, a coerência com as premissas metodológicas adotadas (PRODANOV e FREITAS, 2013).

Por último temos a dimensão do resultado. Este nível confere finalidade a estrutura e processo, compreendendo o alcance dos objetivos gerais. Para alcançar o resultado, foram verificadas a tipologia e quantidade de instrumentos, normativos publicados, e as principais variações normativas que foram aplicadas no financiamento de equipamentos do ente federal aos entes estaduais, municipais e distrito federal. Interessam sobretudo: (1) Transferências Voluntárias para Aquisição de Equipamentos Fundo a Fundo; (2) Transferências Voluntárias para Aquisição de Equipamentos por meio de Convênios; (3) Orçamento Impositivo e Aquisição de Equipamentos; (4) Aquisição de Equipamentos x Custeio de Incrementos, com orçamento impositivo.

Além das dimensões da avaliação, foi utilizado a análise quantitativa, por meio de leituras e análises de banco de dados com intuito de estabelecer conexões lógicas com o modelo

da abordagem tridimensional. Para Prodanov e Freitas (2013), no desenvolvimento da pesquisa de natureza quantitativa, devemos formular hipóteses e classificar a relação entre as variáveis para garantir a precisão dos resultados, evitando contradições no processo de análise e interpretação.

Essa forma de abordagem é empregada em vários tipos de pesquisas, inclusive nas descritivas, principalmente quando buscam a relação causa-efeito entre os fenômenos e também pela facilidade de poder descrever a complexidade de determinada hipótese ou de um problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou das atitudes dos indivíduos (PRODAVOV e FREITAS, 2013).

Os processos estatísticos permitem obter, de conjuntos complexos, representações simples e constatar se essas verificações simplificadas têm relações entre si. Assim, o método estatístico significa redução de fenômenos sociológicos, políticos, econômicos etc. a termos quantitativos e a manipulação estatística, que permite comprovar as relações dos fenômenos entre si, e obter generalizações sobre sua natureza, ocorrência ou significado (MARCONI e LAKATOS, 2003).

3.2 PROCEDIMENTO DA PESQUISA

Primeiramente, para contemplar a análise da dimensão estrutura foi realizado um levantamento normativo orientado pela Lei Orgânica do SUS 8.080/1990, que regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental e a Lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Foram analisadas também a Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

Além dos normativos com poder de lei, trouxemos a importância o Decreto nº 1232/1994, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e demais portarias publicadas pelo Ministério da Saúde que fosse considerada para a

execução de repasses para investimentos em equipamentos e matérias permanentes por meio de transferências FAF.

À análise documental iniciou-se com uma busca das legislações publicadas a partir do ano de 1988 e, também de artigos e textos relacionados à transferência de recursos específicos. Publicações relacionadas à temática foram buscadas nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online Brasil (SciELO), Sistema de Legislação em Saúde (Saude-legis, Ministério da Saúde, Brasil), sendo utilizados os descritores: “Equipamentos”, “Fundo a Fundo”, “Emendas Parlamentares”, “PEC Teto de Gastos” e “Financiamento do SUS”.

3.3 CONJUTOS DOS DADOS

Este estudo considerou todos os instrumentos formalizados pelo Fundo Nacional de Saúde para transferências de recursos através do FAF, dentro do período entre 2009 e 2019, compreendendo onze anos deste tipo de transferência aos entes que compõem o Sistema Único de Saúde, como a análise é direcionada a uma avaliação dos investimentos em Equipamentos e Materiais Permanentes, há recortes específicos de algumas variações para o tipo de objeto .

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

Este estudo fez uso da base de dados do Fundo Nacional de Saúde (FNS), disponibilizada aos seus colaboradores através do Plataforma de Informações Gerencias (PIG), e ao público externo através da plataforma web *painelms.saude.gov.br*.

Com recorte específico a verificação dos instrumentos formalizados pelo FNS para transferências de recursos, especialmente as portarias que habilitaram propostas com projetos de equipamentos, foram considerados os instrumentos com pagamento total ou parciais, ou que estivessem em execução.

Houve ampliação na análise deste objeto por tipo da origem de seu recurso no orçamento, e uma comparação entre os recursos transferidos por meio de transferência Fundo a Fundo (FAF) e por meio de Convenio, bem como comparar o volume de recursos FAF direcionados aos investimentos em equipamentos ou ao custeio do incremento do Piso da Atenção Básica (PAB) e da Média e Alta Complexidade (MAC).

Todas as análises foram feitas dentro do período de 2009 a 2019, período em que passou a serem realizadas as transferências de recursos do FNS direto as contas dos fundos estaduais, municipais e do distrito federal, foram associadas também, informações populacionais do IBGE (2019), e da cobertura populacional da Atenção Primária em Saúde (2019), disponibilizada através do portal *egestorab.saude.gov.br*.

4.1 Evolução das Transferências Voluntárias Fundo a Fundo a Estados e Municípios

No período de 2009 a 2019, anos utilizados para a análise, o FNS formalizou com entidades públicas e privadas sem fins lucrativos, cerca de 157 mil instrumentos, para efetuar a transferência de um montante de recursos em torno de 84 bilhões de reais, a serem aplicados em diversas ações e serviços públicos de saúde.

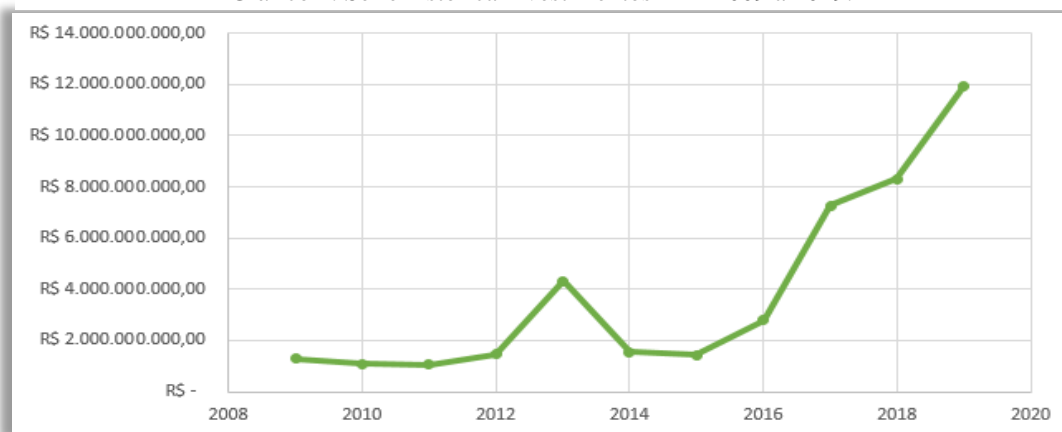
Esses instrumentos foram formalizados dentre das modalidades de transferências utilizadas pela administração pública, em especial pelo FNS, para efetuar repasses entre seus entes, como por meio de Convenio, Termo de Execução Descentralizada, Termo de Cooperação, Contrato de Repasse e de Transferências Fundo a Fundo, modelo utilizado para esta análise.

No período analisado, as transferências voluntárias FAF, aquelas em que houve apresentação de proposta/projeto, representou 87,7%, dos instrumentos formalizados pelo FNS aos fundos públicos de saúde, esses instrumentos atendem diversos tipos de objetos financiados

ao SUS, pelo FNS na esfera federal, estão incluídos nesse rol desde projetos de obras, como construção, ampliação e reforma de unidades de saúde, propostas para incrementar o custeio para manutenção dos serviços e unidades da atenção primária, média e alta complexidade e propostas com objetivo de aquisição de equipamentos e materiais permanentes.

Foram mais de 128 mil propostas formalizadas através de portaria do Ministério da Saúde, onde 41,2 bilhões de reais foram transferidos a estados e municípios para o alcance dos

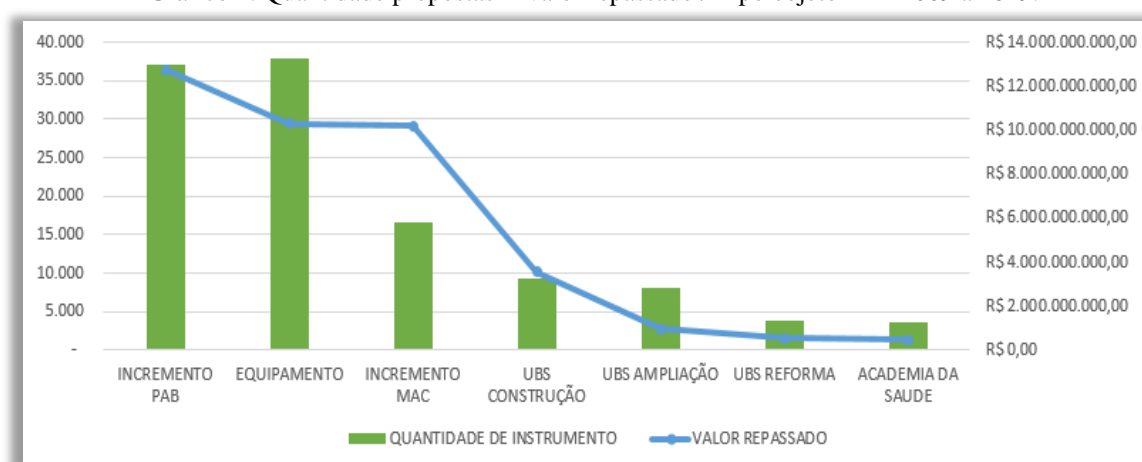
Gráfico 1. Série histórica investimentos FAF 2009 a 2019.



Fonte: autor (2020).

objetos propostos, o gráfico 1, apresenta a distribuição desses valores por ano, entre 2009 e 2019, temos diante da imagem um pico impulsionado pelo programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Construção, Ampliação e Reforma) em 2013, e a partir de 2015, uma curva ascendente, essa decorrente da presença do orçamento impositivo, cujo aspecto será apresentado em análise posterior desse estudo.

Gráfico 2. Quantidade propostas X valor repassado / Tipo objeto FAF 2009 a 2019.



Fonte: autor (2020).

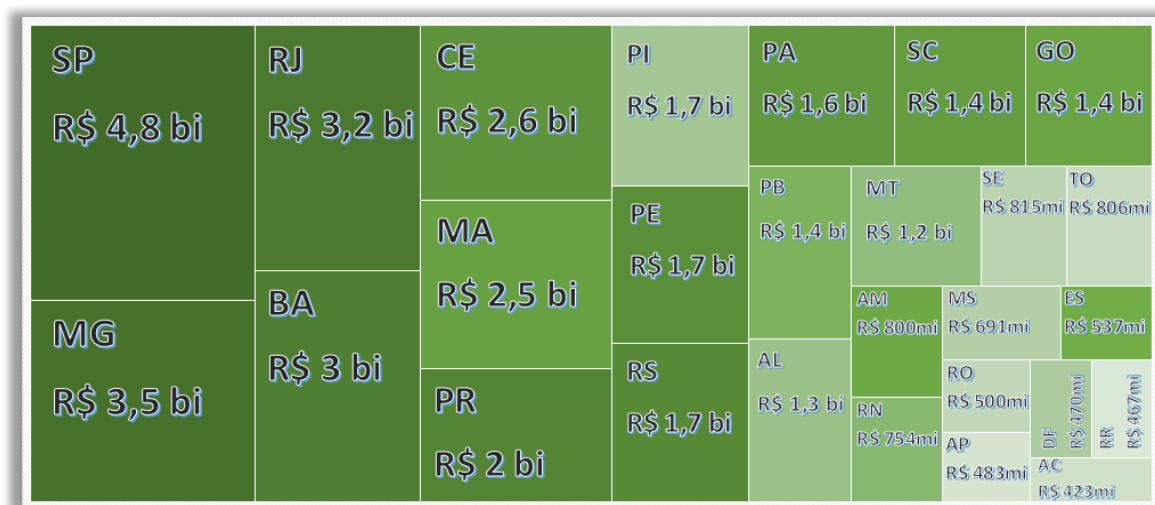
Numa comparação entre quantidade de Propostas apresentadas pelos fundos públicos de saúde e Valores Transferidos aos respectivos fundos, o gráfico 2, representa os sete objetos com maiores quantidades de propostas e repasses, no entanto apesar do objeto

“EQUIPAMENTO”, despontar como o que mais teve propostas apresentadas, com mais de 37 mil propostas, porém quando a análise é referente aos valores dos instrumentos, o objeto com maior aporte de recursos é o custeio “INCREMENTO PAB” com valores acima de 12 bilhões de reais, o que direcionou este estudo a uma avaliação específica para os investimento entre equipamentos e custeio que será feita adiante.

Sendo a descentralização definida como o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios (BRASIL, 2009).

As transferências Fundo a Fundo sobretudo, reforçaram o aspecto descentralizador, preconizado na Lei Orgânica do SUS, 8.080/1990, como observado no gráfico 3, há uma

Gráfico 3. Distribuição por UF – Valor repassado* FAF até 2019.



Fonte: autor (2020)

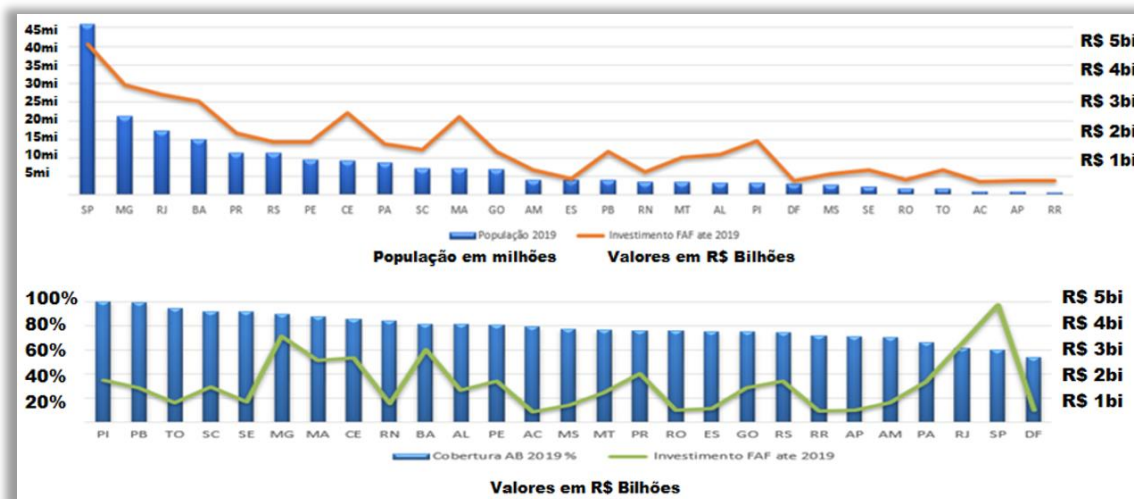
*valor aproximado em bilhões e milhões de reais.

distribuição dos recursos transferidos a estados e municípios, em todas as unidades da federação, e seu quantitativo acompanha números aproximados a população de cada unidade da federação.

As análises apresentadas no gráfico 4, trazem duas avaliações sobre o mesmo aspecto, a primeira linha desenvolve a curva dos investimentos federais no SUS através das transferências FAF, em relação a população do Brasil distribuído por UF's em 2019, de acordo com o IBGE, enquanto a segunda curva retrata os investimentos federais no SUS através das transferências FAF, em relação ao percentual da cobertura populacional pela atenção básica em 2019, com base nos dados do Ministério da Saúde.

Há diferenças significativas entre a população total apresentada pelas UF's e seus respectivos percentuais de coberturas pela atenção básica, que apesar de não ser objeto desse estudo, remete a uma observação sobre o comportamento dos investimentos em nas duas análises.

Gráfico 4. População X investimentos FAF - Cobertura atenção básica X investimentos FAF, até 2019.



Fonte: autor (2020).

Se a comparação for entre os seis estados em sequência crescente com maior número populacional (SP/MG/RJ/BA/PR/RS), maior percentual de cobertura da atenção básica (PI/PB/TO/SC/SE/MG) e maior quantidade de investimentos (SP/MG/RJ/BA/CE/MA), teremos dados que afirmam que os investimentos FAF possuem maior relação com os números reais da população, no recorte apresentado, entre os seis estados com maior investimento, apenas Ceará e Maranhão apresentariam algum desvio nessa tendência, fenômeno também observado nos picos do gráfico para os estados do Piauí, Alagoas e Tocantins.

No sentido inverso da análise anterior, temos tendências de vales no gráfico, que sinalizam desproporções entre o número populacional e o investimento FAF, como observado no Distrito Federal e Espírito Santo.

Quando analisado a mesma sequência de seis estados com mais investimentos FAF no período, com o percentual de cobertura AB, os dados apresentam outro universo dos estados apresentados, Minas Gerais desponta como único a constar tanto no critério populacional, quanto na cobertura AB, outro ponto a ser observado é o Piauí, que na comparação em relação a população apresentou um desvio acima da média, e possui uma cobertura AB de 99,98%, podendo indicar um fator a ser analisado em estudos futuros.

Contudo a curva apresentada pelos investimentos FAF, com o percentual de cobertura AB nos estados, demonstra que há distancias entre o modelo de atenção a saúde mais difundido

no país, e considerado porta de entrada do serviço público de saúde, com os valores investidos nos municípios através da transferência Fundo a Fundo.

4.2 Transferências para Aquisição de Equipamento – FAF x CONVÊNIO.

A Cartilha para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde – 2020, define quanto a execução dos instrumentos de repasses que:

- Transferências Fundo a Fundo – FAF

As transferências fundo a fundo, de custeio e capital, a serem executadas pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios serão transferidas diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos de Saúde das três esferas, de maneira regular e automática, dispensada a celebração de convênios ou outro instrumento jurídico.

- Convênios

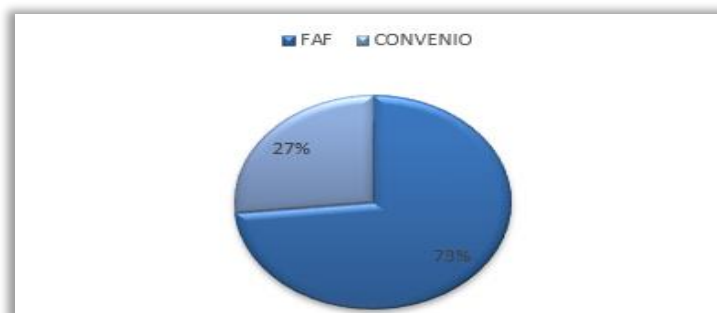
Acordo ou ajuste que discipline a transferência de recursos financeiros de dotações consignadas nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União e que tenha como partícipe, de um lado, órgão ou entidade da Administração Pública Federal, Direta ou Indireta; e, de outro lado, órgão ou entidade da Administração Pública Estadual, Distrital ou Municipal, Direta ou Indireta, ou ainda entidades privadas sem fins lucrativos, visando à execução de programa de governo, envolvendo a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco (BRASIL,2020).

A publicação da Portaria 2.198 de 17 de dezembro de 2009, que dispôs sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, trouxe a inovação necessária a regionalização dos recursos do SUS para aquisição de equipamentos, da esfera federal, a estados e municípios.

Apesar deste primeiro normativo disponibilizar prerrogativas apenas para equipamentos da atenção especializada e atenção básica, representou uma ferramenta que permitisse a execução de projetos, inclusive com garantias de empenhos e pagamentos, com mais celeridade do que os formatos até então utilizados pelo Ministério da Saúde para transferências de recursos com a mesma finalidade, que ocorriam por meio de Convenio (SICONV), ou aquisição direta e distribuição pelos estados.

A distribuição dos valores transferidos entre 2009 a 2019, do FNS aos Fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal, para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes estão representadas através do gráfico 5, observamos que 73% desses valores

Gráfico 5. Distribuição valor dos Investimentos em Equipamentos por Tipo de Transferência.



Fonte: autor (2020).

chegaram aos seus destinos através de instrumentos formalizados em portarias que habilitaram propostas Fundo a Fundo, na prática, isso significa que estes recursos foram transferidos as respectivas contas dos fundos, com direcionamento da aplicação de acordo ao projeto apresentado por meio de proposta que foi aprovada tanto no mérito, quanto na viabilidade econômica.

No mesmo período, ficou limitado a 27%, o volume de valores que foram transferidos por meio de Convênios, para este tipo de instrumento os beneficiários poderiam ser além de órgão ou entidade da Administração Pública Estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, as entidades privadas sem fins lucrativos.

Gráfico 6. Série histórica Investimentos Equipamentos FAF 2009 a 2019.



Fonte: autor (2020).

No gráfico 6, a série histórica dos valores investidos através de repasses FAF a estados e municípios entre 2009 e 2019, demonstra além da evolução do tipo de transferências, alguns

desvios que nos permitem fazer relação com alguns normativos publicados em alguns anos e que influenciaram diretamente nessa política de investimentos.

Primeiro que entre 2009 e 2012, todos esses repasses para aquisição de equipamentos e matérias permanentes eram regulamentados pela Portaria 2.198/2009, foi o início deste tipo de transferência, mas já representando um grande avanço na direção das transferências para investimentos no SUS, cabe destacar, como mencionado anteriormente, que somente as ações orçamentaria 8581 (Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde) e 8535 (Estruturação de Unidades de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar), poderiam direcionar recursos para financiar projetos deste tipo, esses valores poderiam ter origem em recursos do orçamento próprio do Ministério da Saúde (PROGRAMA), ou emendas parlamentares ao orçamento (NÃO IMPOSITIVA).

Outra situação a ser observada está na Portaria 1.714/ 2010, que alterava o art. 5º da Portaria nº 2.198/ 2009, na prática ela abria a possibilidade do Ministério da Saúde num prazo de até 90 dias para a emissão dos pareceres de mérito e econômico-financeiros, a partir da data de publicação da portaria de habilitação, este dispositivo acabou por gerar 94 projetos habilitados em portaria, que no entanto não progrediram no mérito para a transferência.

Se analisarmos a linha completa do gráfico, fica claro que neste período de quatro anos até 2012, os investimentos estavam em um patamar bem diferente dos mais recente, demonstrando que ainda eram prematuras as investidas neste tipo de projetos.

Em 2013, foi observado um processo de consolidação e amadurecimento dos critérios e procedimentos para a formalização deste tipo de repasse. A publicação da Portaria 3.134, em 17 de dezembro de 2013, além de revogar a Portaria nº 2.198/ 2009, ampliava a todas as áreas da atenção a saúde à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do SUS, criação da RENEM e do PROCOT no âmbito do Ministério da Saúde, preenchendo algumas lacunas no processo de financiamento de projetos para aquisição de equipamentos através de transferências federais aos fundos públicos de saúde.

A portaria dos equipamento, como passou a ser conhecida, foi pactuada na 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 26 de setembro de 2013, suas considerações e artigos, corroboravam a tempo, com a maioria dos anseios dos gestores, representados por seus respectivos conselhos, e que culminou na publicação deste normativo que a quase sete anos regulamenta o processo de execução dos investimentos em equipamentos FAF.

Desde esta publicação, houve uma mudança no patamar dos valores direcionados a este tipo de investimento, cabe ressaltar que um ano após sua publicação, entraria em vigor a

Emenda Constitucional nº 86 de 17 de março de 2015, que produziu efeitos a partir da execução orçamentária do exercício de 2014, tema que trataremos especificamente quando explorar a discursão da presença do orçamento impositivo nos investimento em equipamentos.

Ainda referente ao gráfico 6, vale destacar três momentos , o primeiro em 2014, com a inserção do orçamento impositivo, vimos os investimento quase que duplicar, e 95%, desses valores tiveram origem no que ainda viria a ser criado como orçamento impositivo, em 2015, vimos acontecer o fenômeno inverso, houve diminuição de 66%, no valor investido no ano anterior, provocados pela contingência no orçamento impositivo daquele ano, dispositivo esse previsto na EC 86, se for verificado que a reestimativa da receita e da despesa poderá resultar no não cumprimento da meta de resultado fiscal estabelecida na lei de diretrizes orçamentárias.

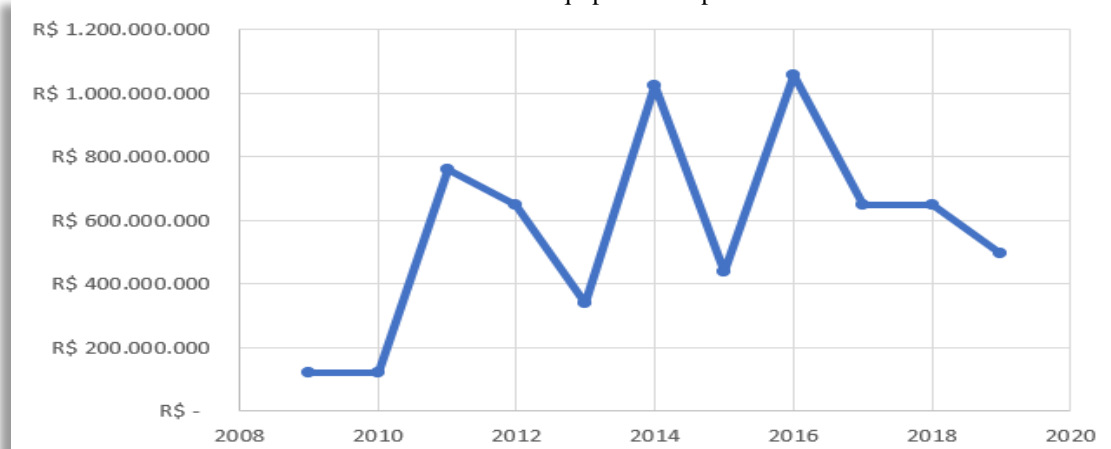
Num terceiro momento, esse em 2017, observa-se uma nova mudança no patamar dos investimentos em equipamentos e matérias permanentes, desta vez, impulsionados pela incorporação na relação dos equipamentos financiáveis com recursos próprios do Ministério da Saúde, de ambulâncias tipo A, através da Portaria nº 2.214/2017, e transporte sanitário eletivo, objeto esse que foi inserido pela Portaria nº 2.563/2017.

Ainda em 2017, tínhamos a Portaria nº 788/2017, que regulamentou a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos ao SUS naquele ano, e inseriu também o transporte sanitário eletivo e ambulância tipo A, entre os objetos financiáveis com recursos de emendas parlamentares do orçamento impositivo. Esses dois objetos representaram naquele ano 21% dos projetos apresentados, habilitados e pagos, num valor aproximado de R\$480 milhões.

Entre 2017 e 2019, existe um recuo nos investimentos, não sendo possível afirmar se é resultado da vigência da Emenda Constitucional 95 /2016, (TETO DE GASTOS), ou apenas o retorno ao patamar de 2016, período anterior ao impulsionamento dos projetos de ambulância tipo A, e transporte sanitário eletivo, que de toda forma possui capacidade máxima de veículos, estabelecidos em suas respectivas portarias, já que faz relação direta com a população atendida e quantidade de objetos do mesmo tipo que o município foi beneficiado.

Na comparação entre os instrumentos de repasses, faremos agora um passeio entre 2009 e 2019, só que diante dos investimentos em equipamentos que foram formalizados através de convênios entre o Ministério da Saúde no nível federal, e entidade da Administração Pública estadual, distrital ou municipal, ou ainda entidades privadas sem fins lucrativos, no citado período foram pactuados 10.154 acordos com projetos para aquisição de equipamentos e matérias permanentes, distribuídos entre 1.626 entidades públicas (4%) e privadas sem fins lucrativos (96%), que prestam serviços ao SUS, acrescentando 3,3 bilhões de reais em valores pagos até outubro de 2020.

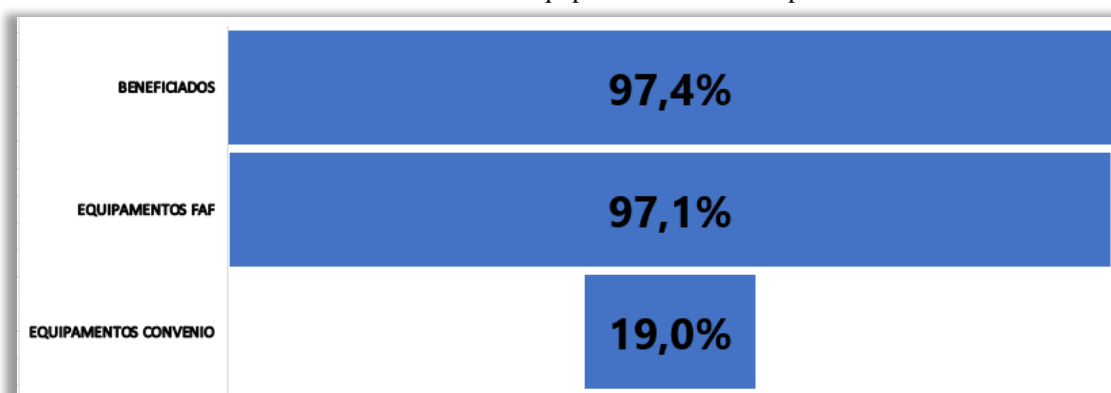
Gráfico 7. Série histórica Investimentos Equipamentos por Convênio de 2009 a 2019.



Fonte: autor (2020).

Apesar de não ser o objetivo direto deste estudo, a análise retratada no gráfico 7, demonstra que o fluxo dos investimentos em equipamentos através de convênios no mesmo período apresentado no gráfico 6(FAF), mantém padrões bem diferentes, contudo é perceptível a influência dos recursos do orçamento impositivo em 2014, e de seu contingenciamento em 2015.

Gráfico 8. Alcance dos Investimento em Equipamento nos municípios brasileiros até 2019.



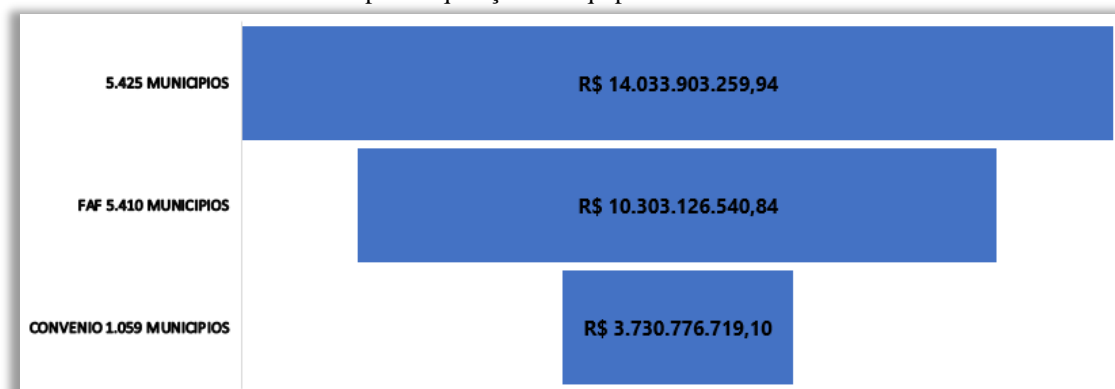
Fonte: autor (2020).

Sobretudo há análises pertinentes a serem feitas em busca de algumas reflexões envolvendo os dois tipos de repasses de recursos, o gráfico 8, busca apresentar o alcance dos investimentos em equipamentos e materiais permanentes aos 5.570 municípios brasileiros entre 2009 e 2019, trazendo uma divisão das transferências por unidades da federação e pelo tipo de repasse.

A imagem apresenta que foram alcançados com este tipo de investimento 97,4%, das unidades da federação, quando o recorte é no tipo de repasse FAF, esse número teve alcance em 97,1%, municípios, enquanto os equipamentos financiados através de convênios alcançaram no mesmo período 19%, das cidades brasileiras.

Em quantidade de municípios e valores repassados, os dados mostram através do gráfico 9, que os investimentos em equipamentos alcançaram 5.425, cidades, com valores superiores a

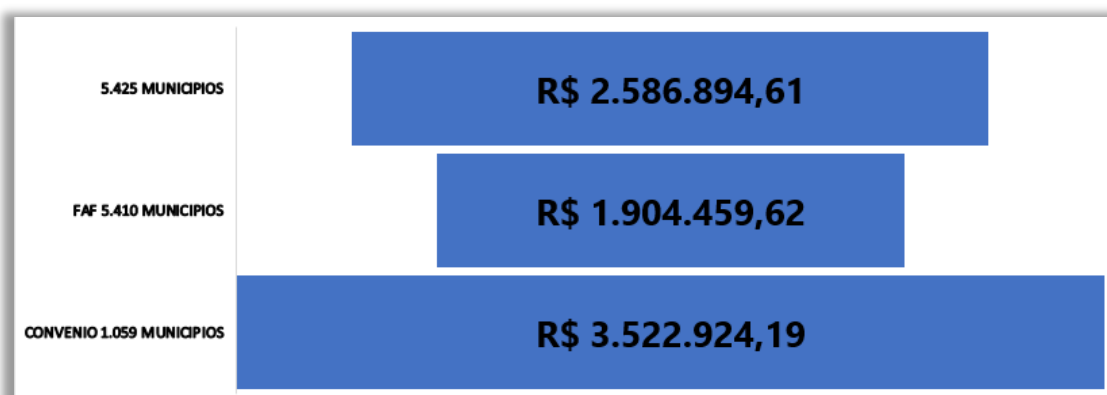
Gráfico 9. Distribuição dos valores repassados aos municípios beneficiados para Aquisição de Equipamento até 2019.



Fonte: autor (2020).

14 bilhões de reais, desses 10,3 bilhões de reais, foram repassados através de repasses FAF a 5.410 municípios, enquanto 1.059 municípios formalizaram convênios para aquisição de equipamentos, que geraram repasses federais no valor de 3,7 bilhões.

Gráfico 10. Valor médio dos investimentos para Aquisição de Equipamento até 2019, por municípios beneficiados.



Fonte: autor (2020).

O gráfico 9, apresentado na análise anterior trouxe valores transferidos por repasses Fundo a Fundo bem superiores aos transferidos por Convênios, no entanto o gráfico 10, ilustra os valores médios aplicados neste tipo de investimento, demonstrando que a todos os municípios que receberam recursos para investimentos em equipamentos há uma média no valor de 2,5 milhões de reais, quando o recorte é nos investimentos efetuados por convênio, esse valor ultrapassa a média de 3,5 milhões de reais, aplicados, enquanto a médias aos investimentos FAF fica abaixo das outras médias, alcançando marca superior a 1,9 milhões.

4.3 Aquisição de Equipamento FAF– Orçamento Impositivo x Não Impositivo.

A garantia de sucesso de uma política públicas, passa principalmente por um bom planejamento, que garanta essencialmente recursos no orçamento para sua execução, manutenção e ampliação, para a política pública de investimento federal direcionado a Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes através de repasses Fundo a Fundo, desde 2009, quando foi iniciado seu primeiro ciclo, a fonte de recursos nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, e nas emendas ao orçamento, que aquela época não possuíam característica de impositividade, o gráfico 6, dessa análise ilustra bem a mudança de patamar nos valores executados com equipamentos FAF a partir de 2014 com a inserção do orçamento impositivo.

Considerando os 10,3 bilhões de reais, repassados através de FAF aos estados, municípios e distrito federal, em onze anos (2009 a 2019), podemos traçar um marco entre o antes e depois da presença do orçamento impositivo no orçamento da saúde, e salientar que 18%, de todo valor transferido para investimentos em equipamentos, ocorreu antes da vigência da EC 86/95 (emenda do orçamento impositivo), como já mencionando anteriormente, alguns normativos também adicionaram fatores que favoreceram o amadurecimento dessa política, além de incorporar outras áreas antes não contempladas pela portaria que deu início a este processo.

Gráfico 11. Investimento em Equipamentos por tipo de Recurso no Orçamento 2009 a 2019.



Fonte: autor (2020).

A distribuição dos investimentos em equipamentos apresentados no gráfico 11, considerou o período de 2009 a 2019, porém vale ressaltar que a presença do orçamento impositivo, como comprova o gráfico na imagem, só se fez presente a partir de 2014, o que não impediu que os recursos oriundos das emendas impositivas representassem 63%, do total, contra 37%, dos recursos com origem no orçamento próprio do Ministério da Saúde.

O direcionamento dos recursos a estados e municípios e distrito federal, quando possuem origem nas emendas parlamentares, cabe a cada parlamentar, detentor da emenda criada ao orçamento, o direcionamento das ações orçamentárias e beneficiários dos recursos, para os recursos próprios do Ministério da Saúde, cabe a cada Secretaria do próprio ministério,

através de seus planejamento e metas definidas no Projeto de Lei ao Orçamento, quais serão as ações a serem direcionados os recursos, bem como as entidades que serão beneficiadas.

Na análise da linha do tempo, entre os dois gráficos é possível verificar alguns anos em que as fontes de recursos agem em conjunto, em 2014, enquanto se iniciava o orçamento impositivo, os recursos não impositivos tiveram um de seus menores índices, enquanto em 2015, num momento de contingenciamento da emendas parlamentares, é observado uma elevação nos investimentos com recursos próprios.

Em 2017, é possível observar uma elevação no nível de investimentos de ambos os tipos de recursos, e o fator responsável por essa evolução já mencionado anteriormente, foi a incorporação dos objetos Ambulância tipo A e Transporte Sanitário Eletivo, no rol dos equipamentos financiados pelo Ministério da Saúde através de repasses Fundo a Fundo.

O comportamento paralelo do deslocamento das linhas apresentadas no gráfico, indica que houve sensibilização pelo sistema, ao ponto em que em anos que há menos direcionamento por um dos tipos de recurso, o outro age de maneira complementar para suprir a necessidade de manter as unidades de saúde bem equipadas.

4.4 Transferências FAF Orçamento Impositivo – Aquisição de Equipamento x Incremento do Custeio.

O orçamento impositivo surge em 2015, com efeitos desde o orçamento de 2014, e passou para parlamentares a prerrogativa de decisão sobre fatia do orçamento, em especial ao orçamento da saúde, onde obrigatoriamente deve ser aplicado o mínimo de 50% de toda dotação orçamentaria.

O Ministério da Saúde, anualmente publica portaria que regulamenta a aplicação das emendas parlamentares para adicionarem recursos à Rede SUS, tabela 1, onde ficam descritas as diretrizes para aplicações desses recursos.

Quanto ao critérios para Aquisições de Equipamentos e Materiais Permanentes por meio de transferências Fundo a Fundo, após indicação dos parlamentares de recursos as ações que compões o bloco de investimento, os beneficiários devem seguir os normativos estabelecidos pela Portaria 3.134/2013, bem como parâmetros estabelecidos pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, específicos a cada equipamento.

Para os projetos que incrementam recursos ao custeio da Média e Alta Complexidade (INCREMENTO MAC), e ao custeio da Atenção Básica (INCREMENTO PAB), os critérios para o mérito são atualizado anualmente junto a portaria que regulamenta a aplicação das emendas parlamentares para adicionarem recursos à Rede SUS, o quadro 1, indica as portarias publicadas entre 2014 e 2019, além de trazer as informações quanto os critérios para elaboração

Quadro 1. Critérios de mérito* para propostas Incremento MAC/PAB e portarias para execução das Emendas Parlamentares no Ministério da Saúde.

PORTARIA GM/MS	PAB	MAC
375/2014	100% de 2012	50% de 2012
600/2015	100% de 2014	50% de 2014
268/2016	100% de 2015	100% de 2015
788/2017	100% de 2016	100% de 2016
565/2018	100% de 2017	100% de 2017
395/2019	100% de 2018	100% de 2018

Fonte: autor (2020).

*valor limitado em % da produção apresentada no ano referência.

de projetos/propostas para transferências desses recursos para o custeio das ações e serviços de saúde nos municípios.

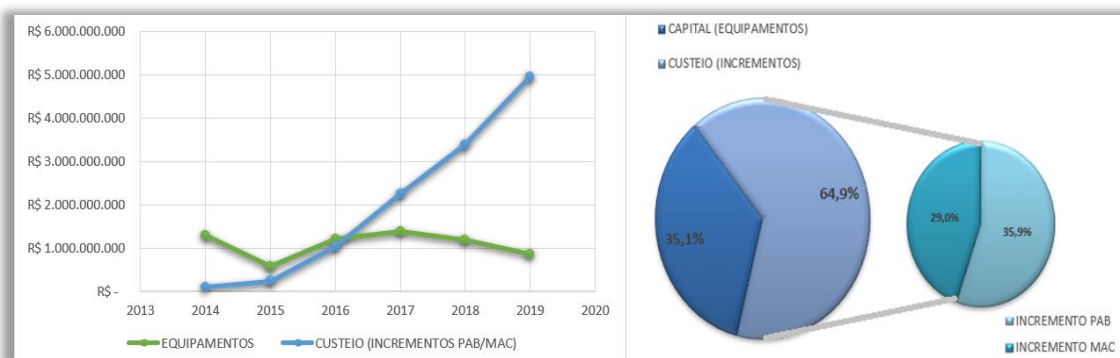
A compreensão de como ocorre a avaliação do mérito dos investimentos, tanto para custeio quanto para equipamentos, torna-se imprescindível para avaliar os impactos dos critérios de análise das áreas técnicas, no momento da tomada de decisão dos parlamentares na priorização da execução de suas emendas, e dos beneficiários dos recursos emendados, na garantia de mais investimentos em sua rede de saúde pública.

É necessário considerar que a avaliação de mérito das propostas de incrementos PAB/MAC, acontecem de maneira automática de acordo com o saldo limite de indicação aos valores de referência, quadro 1, no momento do cadastro do projeto, transformando-o em proposta no Sistema de Gerenciamento de Objetos e Propostas, sistema desenvolvido em plataforma web do FNS para uso exclusivo dos Entes/Entidades, que lhes permite o gerenciamento online dos recursos indicados e dos projetos em conversão para propostas ao Ministério da Saúde.

Considerando os aspectos mencionados acima, passamos a apreciar o gráfico 12, em seu gráfico de linhas, retratam dois movimentos bem diferentes, enquanto a curva que retrata o orçamento impositivo na aquisição de equipamentos FAF apresenta oscilações entre altas e baixas, a linha referente aos recursos aplicados nos incrementos PAB/MAC, desde 2014, segue em crescimento significativo dos valores repassados aos estados, municípios e distrito federal, no sentido de acrescentar recursos ao custeio da saúde nesses locais.

A representação em pizza, apresentado no gráfico 12, distribui os R\$18,4 bilhões pagos em emendas no período, direcionados ao investimento em equipamentos e custeio dos incrementos PAB/MAC, repassados através do FAF. De acordo a ilustração, 64,9% desse

Gráfico 12. Comparativo Investimento Orçamento Impositivo 2014 a 2019, para Aquisição de Equipamento X Custeio Incremento PAB/MAC e distribuição dos valores para custeio.



Fonte: autor (2020).

montante foi direcionado ao custeio, dos quais 29% incrementaram a Média e Alta Complexidade e 35,9% incrementaram a Atenção Básica, enquanto para aquisição de equipamentos foram direcionados 35,1%.

São seis anos da presença do orçamento impositivo, que na prática não trouxe recursos novos ao orçamento do SUS, mas que destinou a prerrogativa de direcionamento aos parlamentares, aos edis cabem a escolhas das ações orçamentárias, grupo de natureza de despesa, localizador no orçamento, modalidade de transferência e o beneficiário além da possibilidade de priorização num cenário de contingenciamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pelo modelo mais eficiente para efetuar os repasses, deve ser uma busca constante do Ministério da Saúde para contemplar e atender o SUS em sua grandeza, porém a saúde e bem estar social, é consenso de toda sociedade como algo precioso, ao ponto de não conseguir mensurar seu valor material, apesar de seus custos poderem ser calculados e serem bastante expressivo para a sociedade.

Quando pensado em 1988, para atender uma população em desenvolvimento, mas que ainda não alcançava números acima de 144 milhões de habitantes, o Sistema Único de Saúde se preparava para suprir uma demanda por serviços essenciais, demanda essa que se ampliaria em quanto mais lugares se fizesse presente, e chegar a atual situação de um país em que sua população envelhece e carece cada vez mais de seus serviços.

Desde as publicações das Leis Orgânicas do SUS (8.080/90 e 8.142/90), até a promulgação da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, para determinar quais são as despesas e os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios para o que são consideradas ações e serviços de saúde, foram anos de lacunas preenchidos algumas vezes por Normas Operacionais Básicas no Financiamento da Saúde, Portarias publicadas por gabinetes das Secretarias do Ministério da Saúde e seu Gabinete, além de Resoluções editadas por comissões mistas dos gestores do SUS (CIB/CIR/CIT) nas três esferas.

No cenário da avaliação desde estudo, nos deparamos com dois normativos fundamentais no processo de financiamento dos equipamentos e matérias permanentes. A Portaria 2.198/2009, anterior a LC 141/2012, e a Portaria 3.134/2013, que revoga o normativo de 2009, e considera os preceitos da tão esperada lei complementar.

No ambiente da análise, a série histórica dos investimentos FAF no período analisado reitera a afirmação da importância dos preceitos da LC 141/2012, compreender o papel dos fundos públicos de saúde, na gestão autônoma dos recursos destinados as ações e serviços públicos de saúde, e dada essa autossuficiência com o suporte necessário para a gestão, com a complementação em 2013, de ferramentas como a RENEM e o PROCOT, com visão ampla de qualificar os investimentos em equipamento.

A distribuição dos recursos pelas unidades da federação, também obedecem de alguma maneira compatibilidade com a densidade demográfica de cada região, porém ainda carece de acompanhar o alcance de alguns serviços de saúde, como a cobertura populacional pela atenção

básica, no estudo nos faltou dados suficientes para a mesma comparação com a média e alta complexidade, podendo ser suprida em estudos futuros.

A priorização em quantidade de valor transferido pela forma de repasse fundo a fundo, também foi confirmada em antepor a modalidade convenio, as análises demonstraram que o alcance do fundo a fundo é substancial, e tenha representado fator determinante para aquisição e renovação dos equipamentos nas unidades de mais de 97%, dos municípios brasileiros, além do que a própria portaria que regulamento este tipo de transferência estabelece em seu Art. 2. § 2º que “os equipamentos e materiais da RENEM, bem como suas configurações permitidas, buscam proporcionar condições básicas para que os órgãos e entidades, públicas e privadas, vinculadas ao SUS possam realizar de forma segura e eficaz o atendimento à população.”

No entanto, na comparação entre os investimento através de convenio ou fundo a fundo, apesar da maioria do volume de recursos terem sidos repassados por FAF, a média dos valores repasses por convenio demostram superioridade, o que pode ser indicio dos preços dos equipamentos financiados por tal modalidade, para tal comprovação seriam necessários análises específicas sobre custos dos equipamento, não sendo o foco desse estudo, sendo considerado tal ponto apenas como hipótese.

Em 2014, foi observado uma mudança no grau de investimentos em equipamentos, do Ministério da Saúde, aos estados e municípios por meio de repasses voluntários FAF, a alteração no financiamento da saúde pública, proporcionada pela EC 86/2015, que possui efeitos retroativos ao orçamento de 2014, não injetou orçamento novo no SUS, mas obrigava que metade das emendas parlamentares com características impositivas fossem direcionadas a saúde, e permitiu maior capilarização desses recursos aos municípios, ao ponto de exercer presença dos parlamentares na execução de fatia do orçamento, com atuação direta em suas bases nos estados.

O movimento da curva é muito influenciado por essa porção do orçamento, ao ponto em que seu desenho acompanha o comportamentos das dotações orçamentaria do orçamento impositivo para cada ano, sofrendo assim os impactos de contingenciamentos, previstos na norma, assim como na possibilidade de suplementações com revisões permitidas da receita líquida corrente, base para esse cálculo.

Os investimentos em equipamentos através do FAF até 2019, já teriam passado por onze anos distribuindo recursos para tal finalidade, porém em apenas seis anos do mesmo período, o orçamento impositivo representou 63%, do volume aplicado, demonstrando que há uma dependência deste tipo de recurso para a sustentação deste modelo de investimento na saúde pública.

A Portaria 3.134/2013, é anterior a EC 86/2015, e a análise demonstra que a influência do orçamento impositivo não estava prevista nas considerações deste normativo, padecendo o mesmo de revisão que permitisse um alinhamento com sua principal fonte de recursos.

Indubitavelmente, a concorrência entre manutenção e estruturação, também sobressai nessa avaliação, dentro do próprio orçamento impositivo como fonte de recursos, os incrementos PAB/MAC, vem crescendo numa escalada substancial, e afunilando a ampliação dos valores direcionados a aquisição de equipamentos, os estudos dessa avaliação, demonstram que o caminho para garantir a transferência de recursos oriundos de emendas parlamentares, via mérito do Ministério da Saúde, é mais ágil quando direcionado ao custeio, do que ao equipamento, o que atende o imediatismo do gestor local e a ansiedade de execução das emendas por parte dos congressistas, desviando do foco principal que é a qualificação dos serviços de saúde.

No que se refere essa mudança de comportamento de alocação dos recursos de emendas parlamentares, alguns autores em discussão do estudo, chegam a afirmar, que poderia ser reflexo da Emenda Constitucional 95/2016, que estabeleceu um teto de despesas para a saúde e outras pastas por 20 anos, e estaria pressionando o direcionamento das emendas ao custeio, no momento em que as despesas com saúde tendem a aumentar, e o orçamento inflexível, não segue o mesmo ritmo.

No entanto é importante salientar que na bibliografia referência, existe uma premissa que a eficiência na utilização dos recursos da saúde já se encontra no nível adequado, dessa forma necessitando de mais recursos. Essa premissa não se mostra clara em nenhuma das bibliografias consultadas, deste modo, o orçamento impositivo coloca em discussão a busca da eficiência na utilização dos recursos, ante a solução de aumentar o financiamento independente da eficiência na aplicação dos recursos.

Apesar dessas e outras afirmações, o tema do congelamento do orçamento, em especial da saúde, traz a reflexão da otimização dos recursos, em contra ponto ao aumento de suas disponibilidades, o FNS tem disponibilizado em seu portal da web, plataforma que disponibiliza os saldos das “contas fundos” de estados e municípios, que em muitas situações apresentam cenários de recursos financeiros parados por longo período, o que sinaliza a apreciação de haver um excesso de recursos, o que não se concretiza.

Contudo, em toda a análise vislumbramos com valores financeiros de níveis bilionários, o que nos dá um indicativo de que estamos tratando de algo com custos elevados, e trazemos a reflexão de que apenas efetuar repasses e acumular valores em contas seria a solução para alcançar as estruturações necessárias as unidades de saúde, num cenário em que se desenha, de

austeridade fiscal, e enxugamento do estado, a busca por caminhos sólidos e seguros, compromete todas as esferas do SUS, para que em conjunto trabalhe com as legislações vigentes, e construa ferramentas que favoreçam o planejamento estratégico, e o trabalho em rede.

A presença de atores como os Conselhos municipais, estaduais e federal de saúde, com toda representatividade que carrega, em conjuntos dos conselhos de gestores (CONASS/CONASEMS), e Ministério da Saúde, possuem um vasto histórico, desde 2009, até os dias atuais, para apreciarem e fomentarem soluções inovadoras, que permeiam a disposição de bancos de projetos, painéis de informações, plataformas integradas, e demais possibilidades que auxiliam a gestão local em conjunto com a sociedade civil nas tomadas de decisões que mantenham a política de investimento em equipamentos e matérias permanentes, entendendo a importância que ela possui para o pleno funcionamento das unidades que prestam serviços de saúde pelo Brasil.

REFERÊNCIAS

_____. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012: regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017: Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. DOU de 28/12/2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 204/GM de 29 de janeiro de 2007: regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento e seu respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 837, de 24 de abril de 2009: altera e acrescenta dispositivos à Portaria n. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema. DOU de 24/4/2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.134, de 17 de dezembro de 2013: Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde. DOU de 17/12/2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.198 de 17 de setembro de 2009: Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios,

destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada. DOU de 17/09/2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006: divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 31 ago. 2011.

ANDRADE, Monica Viegas; NORONHA, Kenya; TURRA, Cassio M. A PEC dos gastos e o SUS. Conjuntura Econômica, 2017.

BRASIL, Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm> acesso em 16/08/2020.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Poder Executivo, 31 dez. 1990.

BRASIL, Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. <
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm> acesso em 10/08/2020.

BRASIL, Decreto ° 1.232, de 30 de agosto de 1994: Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde

estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d1232.htm > acesso em 16/08/2020.

CARLOMAGNO, M. C. Como os deputados federais alocam os recursos públicos? Análise das emendas parlamentares propostas ao orçamento 2016. *The Observatory of Social Political Elites of Brazil*, v. 3, n. 1, p. 1-22, 2016.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais, *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):435-444, 2001.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Guia prático para a Gestão Municipal <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Livro_LC_141_tela.pdf> acesso 12/08/2020.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). O Financiamento da Saúde. Brasília: CONASS, 2011. p. 52. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2.

CONTÓ, Murilo; PETRAMALE, Clarice Alegre. RENEM - Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* ISSN: 1982-4785.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

IZEPÃO, Rosalina Lima; BRITO, Elohá Cabreira; SILVA, Ivan Augusto Cecílio. A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E OS DESAFIOS DE FINANCIAMENTO. *Revista Estudo & Debate*, Lajeado, v. 26, n. 2, 2019.

LAHUD, Victor Paiva Macedo. FINANCIAMENTO FEDERAL DA SAÚDE: EFEITOS DO ORÇAMENTO IMPOSITIVO., Brasília, UNB, 2016.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. SAÚDE DEBATE, RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 5, P. 58-70, DEZ 2019.

OLIVEIRA, Antônio Carlos Rosa Júnior; ROSENDO, Arionaldo Bonfim; SILVA, Erasmo Ferreira da; SILVA, José Carlos; SATO, Sandra Yoko. Gestão dos Recursos da Saúde: Fundo de Saúde. <https://portalfns.saude.gov.br/images/artigos/GestaoRecursosSaudeFundoSaude_atualizado.pdf> acesso 12/08/2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018.

PIOLA, Sérgio F.; VIEIRA, Fabiola Supino. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no sistema único de saúde, Texto para Discussão, No. 2497, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília. 2019.

PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os Fundos Municipais de Saúde: Uma Análise dos Municípios das Capitais Brasileiras, Dissertação de mestrado, 2013. Universidade Nacional de Brasília. Brasília/ DF. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14968/1/2013_BlendaLeiteSaturninoPereira.df> acesso em 12/07/2020.

PINTO, Elida Grazine. Novo Regime Fiscal e a mitigação dos pisos de custeio da saúde e educação. Cad. Saúde Pública 2016; 32(12):e00179516.

PISCITELLI, Roberto Bocaccio. ORÇAMENTO IMPOSITIVO: VIABILIDADE, CONVENIÊNCIA E OPORTUNIDADE. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados Centro de Documentação e Informação Coordenação de Biblioteca <<http://bd.camara.gov.br>> acesso em 15/07/2020.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REBOUÇAS, Antônio Helder Medeiros Rebouças. A IMPOSITIVIDADE DAS EMENDAS PARLAMENTARES AO ORÇAMENTO À LUZ DO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DO PLANEJAMENTO PÚBLICO: Um exame sob as perspectivas da “resposta correta” e do “direito como integridade” em Dworkin e das pré-compreensões em Gadamer, Brasília, UNB, 2014.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. Cad. Saúde Pública 2016; 32(12):e00194316.

SAGASTUME, Mariana Helcias Côrtes Gonzaga; BRITO, Rodrigo Lino de; DELGADO, Rodrigo Moraes Lima; MORAIS, Bruno Pinto de. ORÇAMENTO IMPOSITIVO: A EXPERIÊNCIA DA SAÚDE. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, v. 22, n. 72, maio/ago. 2017, 254-277.

SANTOS, Alethele Oliveira; DELDUQUE, Maria Cecilia; ALVES, Sandra Mara Campos. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(1):e00194815, jan., 2016.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Supino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. Ciência & Saúde Coletiva, 23(7):2303-2314, 2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo, Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1729-1736, 2018.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos; LAGUARDIA, Josué; BELLIDO, Jaime Gregório. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1751-1762. ISSN 1678-4561.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sérgio Francisco. AS EMENDAS PARLAMENTARES E A ALOCAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

VIEIRA, Fabiola Supino; BENEVIDES; Rodrigo Tucci de Sá e. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas V.10 N.3 2016 ISSN: 1984-1639.

VIANA, A. L. d'A.; HELMANN, Luiza; LIMA, Luciana; OLIVEIRA, Roberta; RODRIGUES, Sérgio. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 139-151, 2002.